

**Antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV):
En undersøkelse av aspekter ved diagnosens konstruktvaliditet**



Zemir Popovac

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

April 2009

Sammendrag

Forfatter: Zemir Popovac

Tittel på hovedoppgaven: Antisosal personlighetsforstyrrelse (DSM-IV):
En undersøkelse av aspekter ved diagnosens konstruktvaliditet

Veileder I: Sverre Torgersen

Veileder II: Sigmund Karterud

Bakgrunn: Antisosal personlighetsforstyrrelse (DSM-I) er en heterogen diagnose. I tillegg til ulike grader av variasjon i kriterieprofilen, kan pasienter med denne diagnosen også oppfylle kriterier for andre diagnoser. Heterogenitet og komorbiditet er noen av utfordringene for diagnosens konstruktvaliditet. Denne studien er gjennomført som en valideringsundersøkelse for diagnosens konstruktvaliditet. Fokuset er rettet mot kriterienes psykometriske egenskaper (korrelasjons- og faktoranalyser), diagnosens forhold til andre diagnoser og kjønnsforskjeller.

Metode: Datamaterialet for denne studien består av et pasientutvalg som er utredet og behandlet i Nettverket for psykoterapeutiske dagavdelinger i perioden fra 1996 til 2007 (n = 2289). Utredning av personlighetsforstyrrelser er gjort ved hjelp av "Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)", som en del av et omfattende utredningsbatteri. Forfatteren har ikke deltatt i utredningen eller datainnsamlingen.

Resultater: Bortsett fra ungdomskriteriet nr 7, viser samtlige av de andre kriteriene gode mellomkriteriekorrelasjoner, noe som også gjenspeiles i høy Cronbachs alpha verdi. De mest sentrale kriteriene i diagnoseprofilen er knyttet til kriminalitet. Faktoranalyser avdekker underliggende komponenter i diagnosen der aggresjon virker å forekomme sammen med impulsivitet hos kvinner, mens hos menn er de mindre relatert til hverandre. Forekomst av alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk er positivt korrelert med antall oppfylte kriterier. Posttraumatisk stressyndrom forekommer også oftere hos pasienter med antisosal personlighetsforstyrrelse enn hos andre i utvalget.

Konklusjon: Konstruktvaliditeten støttes av gode nok mellomkriteriekorrelasjoner, unntatt ungdomskriteriet nr 7 som ut fra funn i studien anbefales fjernet fra diagnoselisten. Diagnosen framstår som separat komponent blant de andre diagnosene, og funnene indikerer en mulig kjønnsforskjell knyttet til aggresjon og impulsivitet.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	6
1.1.	Valideringsundersøkelser for personlighetsforstyrrelser og bakgrunn for studien	6
2.	Historisk tilbakeblikk	8
2.1.	1800tallet	8
2.2.	1900tallet	10
2.2.1.	Psykoanalyse og antisosial atferd	10
2.2.2.	Kognitive og sosiallæringsteorier	13
2.2.3.	Trekkteorier og empiri	13
2.2.4.	Robert Hares sjekkliste for psykopati	15
3.	Antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM's historie	17
3.1.	Hovedkriterier for personlighetsforstyrrelser	17
3.2.	Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV)	18
4.	Antisosial personlighetsforstyrrelse og andre forstyrrelser og lidelser	20
4.1.	Antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse	21
4.2.	Antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse	21
4.3.	Antisosial og histrionisk personlighetsforstyrrelse	22
4.4.	Atferdsforstyrrelse i ungdomsårene ("conduct disorder", DSM-IV)	23
4.5.	Antisosial personlighetsforstyrrelse og symptomlidelser (akse I, DSM-IV)	23
5.	Formålet med studien	25
6.	Metode	28
6.1	Datamateriale	28
6.2	Utredningsinstrumenter	28
6.3	Utvalg	30
6.4	Statistiske beregninger	32

7.	Resultater	34
8.	Diskusjon	53
8.1.	Drøfting av resultater	53
8.2.	Begrensninger	63
9.	Hva vet vi om diagnosens konstruktvaliditet ut fra denne studien?	64
9.1.	Kriterienes psykometriske egenskaper	64
9.2.	Diagnosens forhold til andre diagnoser i utvalget	65
9.3.	Kjønnsforskjeller	66
10.	Veien videre	67
	Litteraturliste	68
	Vedlegg	81

1. Innledning

1.1. Valideringsundersøkelser for personlighetsforstyrrelser og bakgrunn for studien

Diagnostiske konstrukter er mentale representasjoner som er skapt for å organisere og forenkle et komplekst og sammensatt virkelighetsbilde. Beskrivelser av ulike diagnostiske konstrukter har endret seg over tid. Tidligere diagnostiske manualer forenklet virkeligheten på en sånn måte at ulike lidelser sto som adskilte og homogene kategorier (DSM-III, APA, 1980). Et bestemt antall kriterier var knyttet til hver enkelt diagnose, og samtlige av disse måtte være oppfylt for at man skulle kunne få den aktuelle diagnosen. Endringene i den siste utgaven av den diagnostiske manualen (DSM-IV, APA, 1994) knytter flere kriterier til diagnosene og krever at et bestemt antall, og ikke alle, skal være oppfylt for at diagnosen skal kunne settes. Dette betyr at personer med samme diagnose kan kjennetegnes av ulike aspekter ved den, slik at diagnosen selv får en mer heterogen karakter. I tillegg er det mulig å oppfylle delvis eller helt kravene til andre diagnoser, noe som aktualiserer spørsmålet om komorbiditet. Ettersom diagnosene omfavner heterogene pasientpopulasjoner, og grensene mellom diagnosene blir utfordret av deres overlappende aspekter, er det viktig at de diagnostiske kategoriene blir utforsket og validert gjennom systematisk empirisk forskning.

Å studere og utforske forholdene knyttet til en diagnose som personlighetsforstyrrelse, innebærer en forstilling om en "sann" tilstand som eksisterer "der ute". Men personlighetsforstyrrelser kan ikke observeres direkte, slik at den antatte sanne tilstanden må utforskes og valideres ved hjelp av bestemte utredningsteknikker (Cronbach & Meehl, 1955). I tillegg mangler vi en gullstandard for hver enkelt personlighetsdiagnose som gjør at vi i beste fall bare kan definere variabler som er positivt eller negativt relatert til personlighetsforstyrrelsen, eller ikke relatert i det hele tatt. Det er slik vi får et univers av kriterier for hver enkelt diagnose (Hummelen, 2008). Ut fra de aktuelle kriteriene utleder vi statistiske beregninger som undersøker forhold mellom kriteriene, deres interne konsistens, diagnosens faktorstrukturer og forhold til andre diagnoser. På denne måten kan vi si noe om det diagnostiske konstruktet, altså om diagnosens konstruktvaliditet.

En av utfordringene som knyttes til klassifiseringen av personlighetsforstyrrelser, er høy grad av overlapping mellom de ulike diagnosene (Westen & Shedler, 2000). Enkelte empiriske funn avdekker at de diagnostiske kategoriene for personlighetsforstyrrelser ikke alltid blir gjenspeilet i like adskilte og tydelige faktorer ved faktoranalysering av personlighetsforstyrrelser (Blais & Norman, 1997; Farmer & Chapman, 2002; Morey, 1988), mens andre

studier viser det motsatte (Fossati, Beauchaine, Grazioli, Borroni, Carretta et al., 2006). Flere faktoranalytiske studier er nødvendige for å følge opp disse motsetningene.

En annen utfordring knyttes til adskillelse mellom personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser (akse I, DSM-IV). Selv om personlighetsforstyrrelser forventes å ha et mer stabilt og vedvarende preg over seg, med start i ungdomsårene eller i tidlig voksen alder, viser enkelte at adskillelsen fra symptomlidelser ikke er så tydelig (Krueger, 2005). Krueger (2005) etterlyser flere studier som ikke bare undersøker sameksistens mellom symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser, men også hva som skaper overlapping mellom dem.

Som et ledd i den ovennevnte debatten og som en del av de valideringsundersøkelsene for personlighetsforstyrrelser, tar denne studien sikte på å undersøke konstruktvaliditeten til antisosial personlighetsforstyrrelse i en pasientpopulasjon som er utredet og behandlet i Nettverket for psykoterapeutiske dagavdelinger i Norge i perioden fra 1996 til 2007. Problemstillingene for undersøkelsen knyttes til tre områder:

1. kriterienes psykometriske egenskaper (reliabilitetsanalyser og faktoranalyser),
2. diagnosens forhold til andre diagnoser i utvalget og
3. kjønnsforskjeller.

Problemstillingene er nærmere definert med hjelp av ti antakelser som er presenteret i avsnittet om formålet med studien.

Debatten om ulike typer antisosialitet har foregått i en lang årrekke, og har vært preget av et mangfold av teorier og betraktninger. En historisk framstilling av noen viktige bidrag fra denne debatten vil bli presentert i det følgende, både for å illustrere dette mangfoldet men også for å presentere den forutgående tenkningen for dagens diagnose. Diagnosens status i DSM-IV, og dens forhold til andre personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser vil også bli presentert som en foranledning for drøfting av formålet med denne studien.

2. Historisk tilbakeblikk

Mennesker som bryter lover og regler, som krenker andres rettigheter, skader andre uten å oppleve skyld og anger, har opp gjennom historien tiltrukket seg oppmerksomhet fra allmennheten. Denne oppmerksomheten har vært preget av ulike behov og ønsker, som for eksempel behov for å beskytte seg mot dem, kurere dem og behandle dem, eller et ønske om å straffe dem. Forskjellige tidsepoker har vært preget av ulike forståelses- og behandlingsmodeller, og det er vanskelig å stadfeste når denne historien begynte. Allerede i oldtidens Hellas finner man skrifter som beskriver en antisosial personlighetstype. En av Aristoteles' studenter, Theophrastus, som var opptatt av ulike personlighetstyper, skriver følgende om den samvittighetsløse ("The Unscrupulous Man"):

"The Unscrupulous Man will go and borrow more money from a creditor he has never paid... When marketing he reminds the butcher of some service he has rendered him and, standing near the scales, throws in some meat, if he can, and a soup-bone. If he succeeds, so much the better; if not, he will snatch a piece of tripe and go off laughing."

(Sisert i Widiger, Corbit & Millon, 1991, s. 63)

Slik Theophrastus brukte begrepet "den samvittighetsløse mannen" har også ulike tidsepoker, ulike faggrupper og enkeltforskere i tiden etter Theophrastus brukt forskjellige begreper for å omtale ulike forståelser og typer av den antisosiale personligheten. Noen av disse begrepene er psykopati, sosiopati og moralsk sinnssykdom. En kort framstilling av historien bak diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV) vil bli presentert i det følgende.

2.1. 1800tallet

Den franske legen Philippe Pinel (1745-1826) krediteres for å være den første som identifiserte psykopati som en spesifikk forstyrrelse. Han fant ut at sinnssykdom ikke nødvendigvis var forårsaket av fravær av fornuft (Meloy, 1996). Man kunne være sinnssyk ("manie") uten forvirring i sinnet ("sans délire"), eller slik Pinel kalte det "*manie sans délire*", sinnssykdom uten delirium (Smith, 1978). Dette begrepet ble like etterpå tilført en mer moralsk dimensjon av B. Rush og J. C. Prichard da de valgte å omtale det som moralsk sinnssykdom ("moral insanity") (Doren 1996). Richard Freiherr von Kraft-Ebing (1840-1902) var enda mer pessimistisk i sin forståelse av denne målgruppen. Han kalte dem for moralsk depriverte villmenn som måtte holdes innelåst i asyler for at både de og samfunnet skulle være trygge (Toch, 1998).

En annen paradigme knyttet til forståelsen av psykopati og antisosiale personer på 1800tallet stammer fra noen mer pseudovitenskapelige kretser. Retninger som frenologi og fysiognomi tilbød sine alternative syn på årsaker for psykopati (Shepard, 2007).

Franz-Joseph Gall (1758-1828), venetiansk lege og grunnlegger av frenologi, hevdet at han oppdaget 26 områder på hjernens overflate som ved nøye studier kunne avsløre personens karakter, og dette kunne undersøkes ved å se på personens kranium. Et av disse områdene kalte han for det morderiske organ. Gall påsto at de hjerneområdene som var brukt (for eksempel via tenkning og intellektuelle anstrengelser) vil vokse, mens de andre ville minke (Millon, Birket-Smith, Simonsen & Davis, 1998).

Fysiognomi, disiplin som tar for seg sammenligninger av ansiktsformer og kroppens ytre særpreg med indre egenskaper, grunnlagt av I. C. Lavanter i 1770 årene, fikk en ikke så beskjeden popularitet i Danmark på slutten av 1800tallet. En av tilhengerne, Sophus Schack (1854-1929) beskrev psykopater som mennesker med glatte og smidige ansiktstrekk, som ofte tilslørte en underliggende kyniskhet. En annen dansk lege, Carl Otto (1795-1879), betraktet psykopati som et resultat av et samspill mellom dysfunksjonelle organer, der årsaken til organenes dysfunksjon var forankret i medfødte tendenser som er uheldig modellert i løpet av oppveksten (Millon et al., 1998).

Slutten av 1800tallet kjennetegnes også av et annet fokusskifte, nemlig fokus mot systematiske observasjoner av ulike former for antisosial atferd med mål om å nyansere og differensiere denne vide gruppen av mennesker som til da i stor grad var blitt omtalt som moralsk sinnssyke. J. L. Kroch, Adolph Meyer og Emil Kraepelin var noen av dem som forsøkte seg på dette arbeidet (Shepard, 2007). Kroch foreslo navn psykopatisk underlegenhet istedenfor moralsk sinnssykdom og delte denne målgruppen i tre undergrupper: de med psykopatisk disposisjon, de med psykisk underlegenhet, og de med psykopatisk degenerering (nedsatte intellektuelle evner) (i Arrigo og Sipley, 2001, side 331-332).

Meyer skilte mellom psykopatiske tilfeller (som han kalte konstitusjonelt psykopatisk underlegne typer) og psykoneurotiske tilfeller, som han mente var av psykogen, nevrotisk karakter (Cleckey, 1964). Kraepelin utviklet en teori om psykopati som etiologisk biogenetisk og degenerativ i moralsk betydning der konstitusjonelle forstyrrelser danner psykopatisk personlighet med enten mangelfulle affekter eller svak viljestyrke (Hare & Schalling, 1978).

2.2. 1900tallet

Mye av den generelle oppfatningen av psykopati og antisosiale personer i begynnelsen av 1900tallet gikk ut på at det var snakk om en medfødt, konstitusjonell defekt som kom til uttrykk gjennom en moralsk underlegenhet og ufordelaktige avvik fra det som var normativt i samfunnet (Shepard, 2007). I Storbritannia og Skandinavia var det ikke uvanlig å bygge asyler der mennesker med avvikende, antisosial atferd skulle holdes adskilt fra resten av samfunnet. I tillegg til å holde samfunnet trygt, var meningen med asyloppholdet å sterilisere de innlagte med mål om å eliminere de defekte genene (Shepard, 2007). Innflytelsen fra Prichards forståelse av psykopati som moralsk sinnssykdom og fra Kochs påstand om at psykopati er fysisk forankret, altså konstitusjonell, var stor på denne tiden (Millon et al., 1998). Den danske psykiateren, Kurt H. Flemming, var en av de som betraktet psykopati enten som medfødt, altså konstitusjonell, eller som et resultat av en tidlig skade på sentral-nervesystemet (Shepard, 2007). Synet på psykopati som konstitusjonell, og sterilisering som en type behandling, fortsatte å gjøre seg gjeldende under det nazistiske regimet.

En av fremste tyske psykiatere etter første verdenskrig, Kurt Schneider, hevdet at mange voksne psykopater fungerte rimelig i forskjellige stillinger i samfunnet, som for eksempel i politikken og i finansmarkedet. Han lagde også skille mellom en passiv-affektløs type psykopati (ufølsom) og en aktiv-antisosial type psykopati (eksplosiv). I følge Schneider var det kun en undergruppe av alle de med psykopatisk personlighet som lagde trøbbel for andre, nemlig eksplosive psykopater (Millon et al., 1998).

Perioden mot midten av 1900tallet innebar en gryende endring i forståelsen av psykopatiens etiologi. Fokuset begynte å dreie seg mer i retning av eventuelle sosiale faktorer. Den tyske psykiateren og nevrologen, Karl Birnbaum, introduserte begrepet sosiopat. Han så på antisosial atferd som noe psykogenisk og sosialt tillært. Hovedårsaken til utviklingen av antisosial atferd lå i mangelfulle oppvekstvilkår og tidlige miljøpåvirkninger (Meloy, 1996). En av de som var med på å dreie fokuset mot sosiale faktorer var også den danske psykiateren Fritz Lange (1904). Han hevdet at psykopati var et resultat av degenererte familier som var preget av blant annet forekomst av alkohol- og narkotikamisbruk, hjerneskader (hjernerystelse), epileptiske anfall og mangel på mental frihet. Lange forkastet teori om psykopater som moralsk sinnssyke som gjorde vondt bare for ondskapens skyld. Han så dem mer som mennesker med nedsatte evner til å reflektere – noe som var et resultat av dårlige oppvekstvilkår (Lange, 1904).

2.2.1. Psykoanalyse og antisosial atferd

Det psykoanalytiske synet på psykopati og antisosiale personer var i starten preget av tenkningen rundt drifter, impulser og nevrosen. I følge Freud (1916) var gjentakende kriminelle handlinger motivert av ubevisst skyldfølelse. Skyldfølelse som ikke kan oppleves og forstås av aktøren, fungerer som bakgrunnsmusikk for vedkommendes handlinger (Freud, 1916). Franz Alexander (1930) betraktet heller psykopatens personlighet som forankret i en nevrotisk karakter, der den nevrotiske konflikten ble agert ut istedenfor å bli transformert intrapsykisk. Wilhelm Reich (1925) forsto dynamikken til det antisosiale hos psykopater som sentrert rundt et svakt superego som aldri kom i posisjon til å hjelpe ego i å gjenvinne kontrollen. Isteden blir superego forført av impulser fra id og gir etter for deres utløp. Karl Abraham (1924) var med på å flytte det etiologiske blikket fra det intrapsyiske til det mer interpersonlige. Han hevdet at fravær av kjærlighet og mangel på psykologisk ernæring fra den nærmeste familien ga en grobunn for senere utvikling av antisosiale trekk. Raseriet og hatet rettes først mot de nærmeste og senere mot samfunnet i sin helhet (Abraham, 1924).

Teorien om drifter fortsatte å gjøre seg gjeldende i kretsen rundt Melanie Klein. Hun videreførte Freuds teori om medfødt aggressiv drift og forfektet at denne gjorde seg gjeldene i barnets psykiske liv fra fødselen av (Klein, 1927). Enkelte av psykoanalytikere som i utgangspunktet tilhørte den kleinianske objektrelasjonsteoretiske skolen fikk ikke teorien om medfødt destruktiv drift til å stemme med deres kliniske observasjoner. Særlig gjaldt dette for W. R. D. Fairbairn og D. W. Winnicott. Fairbairn (1952) hevdet at barn under oppvekst med foreldre som mishandler dem, internaliserer den mishandlerende foreldreskikkelsen. Dette indre foreldreobjektet utgjør da et anti-libidinalt ego i barnets psykiske liv og fungerer som en indre sabotør i barnets sosiale prosjekter. Winnicott (1956) på sin side betraktet antisosial atferd som en reaksjon på at barnet er blitt frarøvet omsorg og kjærlighet. I følge han har barnet bare fått en forsmak på det gode for så å oppleve å ikke få nok, slik at tyveri, løgner og annen antisosial atferd blir barnets forsøk på å skaffe seg, eller ta tilbake det tapte (Winnicott, 1956).

Heinz Kohut (1971) erstattet den strukturelle tenkningen om id, ego og superego med å gi en sentral plass til selvet. Kohut trekker fram barnets behov for å bli sett og bekreftet, behov for å ha idealer å se opp mot og identifisere seg med, og behov for å føle og oppleve likhet og felleskap med andre. Dette er behov som varer livet ut. Krenkelser og svikt i å bli møtt på disse behovene skaper aggressive reaksjoner, eller med Kohuts ord, narsissistisk raseri (Kohut, 1971, 1977).

Noen av andre viktige bidragsytere fra det psykoanalytiske feltet er B. Burnsten, E. Fromm og D. Shapiro. Burnsten (1972) anså personens behov for å styrke sin selvfølelse ved å forakte andre som et sentralt trekk hos psykopater. I følge Fromm (1973) var det samfunnets tendenser til å forsterke sadistisk atferd som spilte avgjørende rolle i fremkallingen av underliggende sadistiske impulser hos mennesker med lidenskap for kontroll og utnyttelse. Shapiro (1965) beriket den psykoanalytiske tankegangen med å tilføre den en kognitiv dimensjon. Han trakk fram manglende evne til å planlegge, konsentrasjonsvansker og nedsatt kapasitet til abstrakt tenkning og refleksjon som viktige trekk hos psykopater (Shapiro, 1965).

De psykoanalytiske forståelsesmodellene for antisosial atferd har vært av en svak empirisk karakter. De har båret preg av den enkeltes psykoanalytikerens egne erfaringer fra møter med sine utvalgte pasienter. Et forsøk på å forene noen av disse modellene, og samtidig tilnærme seg en mer empirisk etterprøvbart modell er gjort av Otto Kernberg (Millon et al., 1998). Kernberg (1975) bruker Fairbairns forståelse av internalisering av omsorgspersoner, samt tilknytning og identifisering med disse, som en av bærebjelkene for sin integrative modell. Han henter også tankegodt om utvikling av superego fra Edith Jacobson (1964), og om primitive forsvarsmekanismer fra Melanie Klein (1946). Kernberg hevder at den forstyrrede personligheten kan være organisert på tre måter, som nevrotisk, borderline og psykotisk. Den nevrotiske preges av gode indre objektrelasjoner (gode evner til å inngå i meningsfulle, dype relasjoner), modne forsvarsmekanismer og et strengt eller kontrollerende superego. Borderline personlighetsorganisering kjennetegnes ved dårlige indre objektrelasjoner, primitive forsvarsmekanismer og et dårlig utviklet superego, mens den psykotiske preges av manglende evne til å skille mellom seg selv og andre, og mellom fantasi og virkelighet. Kernberg sier at antisosial atferd kan forekomme ved alle tre personlighetsorganiseringer. Den nevrotiske kan handle ut fra en ubevisst skyld, den med borderline personlighetsorganisering kan handle med bakgrunn i sin fortolkning av ytre virkelighet preget av vedkommendes manglende evne til å integrere virkelighetens motstridende aspekter, slik at verden oppleves som svart – hvit, mens den psykotiske handler antisosialt på bakgrunn av sin psykotiske forståelse av virkeligheten, eller til og med i psykosefrie perioder som en reaksjon på en ubehagelig og udifferensiert indre opplevelse. Antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse (DSM-IV) er blant de som har borderline personlighetsorganisering i bunnen, i følge Kernberg. Han anbefaler at utredning av personer ikke begrenses på vurdering av den ytre atferden alene, men også inkluderer en vurdering av kvaliteten til indre objektrelasjoner (personens evne til å inngå i dype relasjoner), forsvarsmekanismer og utvikling av superego (Kernberg, 1992).

2.2.2. Kognitive og sosiallæringsteorier

Mens de psykoanalytiske forståelsesmodellene om psykopati legger vekt på motivasjon og følelser, gir den kognitive modellen forrang til hvordan personen prosesserer informasjon. Denne modellen er basert på en forståelse av at utvikling av psykiske vansker og psykopati er et resultat av personens systematiske feiltolkning og fordreining av persepsjon av omgivelser og av en selv. Disse feiltolkningene, på lik linje med andre erfaringer og opplevelser, organiseres i kognitive strukturer (skjemaer). Aktivisering av skjemaer ved indre eller ytre stimulering gjør at man handler ut fra automatiske tanker, som i sin tur fører til forming av følelses- og atferdsmessige reaksjoner. Et av sentrale skjemaer hos psykopater kan tenkes å være: "Hvis jeg ikke passer på meg selv, vil ingen andre gjøre det. Er jeg ikke aggressor, vil jeg bli et offer" (Beck, Freeman & Associates, 1990).

Bandura og Walters (1959) følger prinsipper om sosial læring og trekker foreldre som rollemodeller for sine barn. Aggressive og fiendtlige foreldre blir imitert av sine barn slik at barnas samhandling med andre bærer preg av foreldrenes antisosialitet. I andre tilfeller kan foreldre belønne og straffe barnas atferd på en uhensiktsmessig måte som fremmer utvikling av antisosiale holdninger mot andre (Bandura & Walters, 1959).

En annen modell som forsøkte å knytte antisosial atferd til utviklings- og læringsmessige psykologiske mekanismer var forslått av Theodore Millon i 1969. Millon tenkte at graden av psykopati var avhengig av sosial tilpasning og særlig i hvilken grad personen kunne være bekymret for andre. Hans beskrivelser av den aktiv-uavhengige personligheten dannet også grunnlag for formuleringer av antisosial personlighet foretatt av arbeidsgruppen til DSM-III (DSM-III Task Force) (Millon, 1975). Med Millon gikk også tenkningen rundt personlighet mer i retning av akademisk psykologi (Wilberg, 2002). Her ansees personlighet som et mer abstrakt fenomen som forklares ut fra noen få definerte dimensjoner og trekk.

2.2.3. Trekkteorier og empiri

Et viktig empirisk arbeid for forståelse av antisosial personlighetsforstyrrelse er gjort av Robins og hennes kollegaer (1966). Deres arbeid gikk ut på å studere og avdekke forutgående atferd i ungdomstiden før utvikling av psykopati i voksenalder. Sammenhengene mellom antisosial atferd i ungdomstiden og antisosial atferd i voksenalder som er kartlagt gjennom dette arbeidet er senere blitt brukt for utarbeidelse av diagnostiske kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

Viktige studier for kartlegging av personlighetstrekk er foretatt av Eysenck (1957, 1967). Med bakgrunn i sitt arbeid hevder han at psykopater har en medfødt disposisjon til ekstrovert personlighetsstil som gjør dem tilbøyelige for antisosial atferd (Eysenck, 1967).

Ved hjelp av faktoranalyser av vokabularet i det engelske språket, og med en antakelse om at personlighetstyper fanges opp og beskrives av ulike ord i språket, har Costa og Widiger (1994) utledet en personlighetsmodell bestående av fem faktorer, nemlig: nevrotisme, ekstroversjon, medmenneskelighet, pålitelighet og åpenhet til opplevelser. Personlighetstrekk som kjennetegner antisosial personlighetsforstyrrelse, i følge Costa og Widiger (1994), er lav pålitelighet og lav medmenneskelighet.

I motsetning til femfaktormodellen til Costa og Widiger, skiller Cloninger (1987) mellom temperamentsdimensjoner (nyhetssøking, ubehagsunngåelse, belønningsavhengighet og iherdighet) og karakterdimensjoner (selvstyrhet, samarbeidsvillighet og selvtranscendens). Cloninger anser temperamentsdimensjonene som arvelige og moderat stabile gjennom livet, og karakterdimensjoner som mindre genetisk påvirkelige. I senere tid er det tenkt at karakterdimensjonene er mer genetisk influert enn Cloninger hadde antatt (Kirk, Eaves & Martin, 1999). Cloninger (1987) definerer antisosial personlighetsforstyrrelse med nyhets-søkende temperament, lav ubehagsunngåelse og svak belønningsavhengighet, samt lav selvstyrhet og svak samarbeidsvillighet.

I den siste tiden er en rekke studier om psykopati og kriminalitet gjort i Danmark (Millon, Simonsen & Birket-Smith, 1998). Her er fokuset blitt særlig lagt på epidemiologiske aspekter ved disse fenomenene. I disse studiene viser det seg at psykopati og kriminalitet forekommer dobbelt så ofte hos psykopatenes biologiske slektninger enn hos deres adoptivfamilier, uten at det foreligger noen klare miljømessige faktorer (Schlusinger, 1972). Den sterkeste genetiske komponenten er relatert til impulsivitet, aggresjon, hyperaktivitet og mangel på kognitive mestringsstrategier (Hodgins, Mednick, Brennan, Schlusinger & Engberg, 1996).

Med bakgrunn i egen forskning, og sammen med sine kollegaer (Lykken, 1982; Lykken, Tellegen & Macindoe, 1972), foreslår David Lykken en oppdeling mellom primære og sekundære psykopater (Lykken, 1995). Høy terskel for å oppleve redsel viser seg å være en medfødt egenskap som gjør enkelte barn vanskelige å sosialisere, og dermed kommer disse i en faresone for å utvikle psykopati. Det er disse Lykken kaller for primære psykopater. Barn

med adekvat evne til å oppleve redsel, men som vokser opp med ressursvake foreldre og ofte uten far, har også forhøyet risiko for å utvikle psykopati. Grunnet fravær av det vanskelige temperamentet og tilstedeværelse av tydelige miljømessige faktorer, velger Lykken (1995) å kalle disse for sekundære psykopater.

Studier av hjernens aktivitet i situasjoner der man opplever redsel og frustrasjon foretatt av Gray (1975, 1987) har avdekket mekanismer som virker inhiberende på atferd i slike situasjoner. Denne mekanismen, som Gray kaller for atferdsinhiberingssystem ("behavioral inhibitory system"), fører til unngåelsesatferd knyttet til tidligere opplevde straffe- og ubehagssituasjoner. Fowles (1980) har på en annen side oppdaget en annen mekanisme assosiert med aktivering av atferd når stimuli assosieres med belønning. Fowles kaller denne mekanismen for atferdsaktiveringssystem ("behavioral activation system") (Fowles, 1980). Lykken (1995) bruker disse studiene til å anslå at sekundære psykopater har et sterkt atferdsaktiveringssystem og et normalt atferdsinhiberingssystem. Dette gjør at de oppsøker belønningssituasjoner, men at de kan oppleve ubehag og angst. Ubehaget blir overstyrt av det sterke atferdsaktiveringssystemet. Primære psykopater har et svakt inhiberingssystem, som resulterer i lite opplevd angst eller ubehag (Lykken, 1995). Newman (1987) forstår også psykopatisk atferd som et resultat av manglende evne til å korrigere den med erfaringer av straff, slik at belønningssøkende atferd blir dominant og uavhengig av uheldige konsekvenser.

2.2.5. Robert Hares sjekkliste for psykopati

En klinisk beskrivelse og karakterisering av antisosial personlighetsforstyrrelse var foreslått av H. Cleckley allerede i 1941 i hans bok "The Mask of Sanity" (Cleckley, 1941). Cleckley ønsket blant annet å klargjøre noe av den problematiske terminologien som var anvendt for beskrivelse av psykopati. Han foreslo begrepet semantisk dementia istedenfor psykopati nettopp for å understreke det som, etter hans mening, var det sentrale aspektet ved dette syndromet. Nemlig, en tendens til å si en ting men å gjøre noe annet. Cleckley beskrev de primære trekkene hos psykopatene som fravær av skyldfølelse, manglende evne til objektkjærlighet, impulsivitet, emosjonell grunnhet, overfladisk sosial sjarm og manglende evne til å profitere / lære av erfaring. En annen signifikant påstand fra Cleckleys arbeid er at disse personlighetene ikke bare kjennetegner fengselsfanger, men også er å finne i alle samfunnslag, også blant foretningsfolk og vitenskapsmenn. Den eneste forskjellen mellom fengselsfanger og de som ikke havner i fengsel er, i følge Cleckley, de sistnevntes evne til å holde på en mer konsistent ytre maske av normalitet (Cleckley, 1941). I den senere tid har

Cleckley også utviklet en liste med 16 diagnostiske kriterier for psykopati (Cleckley, 1982). Cleckleys liste er inkorporert i et mer sofistikert psykometrisk diagnostisk instrument for psykopati laget av R. Hare ("Psychopathy Checklist Revised"; Hare, 1991) (Tabell 1.1). Studier foretatt av Hare og hans kollegaer viser at denne sjekklisten har en god diagnostisk reliabilitet, og at den identifiserer en mer homogen gruppe av mennesker enn det er tilfelle med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV) (Hare, 1986, 1991).

Tabell 1.1 "Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)"	
Faktor 1:	Faktor 2:
1. Overflatisk sjarm.	1. Behov for stimulering / holder ikke ut kjedsomhet.
2. Grandiositet.	2. Parasittisk livsstil.
3. Patologisk lyving.	3. Svak atferdskontroll.
4. Manipulerende.	4. Tidlige atferdsproblemer.
5. Mangler skyldfølelse og anger.	5. Fravær av realistiske langsiktige livsplaner.
6. Mangler empati.	6. Impulsivitet.
7. Tar ikke ansvar for egne handlinger.	7. Uansvarlighet.
	8. Ungdomskriminalitet.
1. Ukritisk og løssaktig seksuell atferd.	9. Brudd på betingede dommer.
2. Mange kortvarige kjæreste- ekteskapsrelasjoner.	
3. Mangfoldig kriminalitet.	

To tydelige faktorer viser seg hos Hares kriterier for psykopati. Den første representerer en narsissistisk variant av det psykopatiske mønstret med overfladisk sjarm og fravær av empati, skyldfølelse og anger som sentrale trekk. Den andre faktoren er mer relatert til den kriminelle livsstilen med gjentatte brudd på lover, dårlig frustrasjonstoleranse og impulsivitet. De tre gjenværende kriteriene lader ikke sterkt på noen av de to faktorene (Lykken, 1995). Kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV) viser en moderat korrelasjon med faktor 2 ($r = .60$), og en lav korrelasjon med faktor 1 ($r = .30$) (Harpur, Hare & Hare, 1994). Millons (1975) antakelse om at det sentrale elementet i psykopati er fravær av bekymring for andre, med en passiv-narsissistisk egosentrisme på den ene siden, og en aktiv-uavhengig personlighetsstil på den andre virker å få støtte fra Hares arbeid (Hare, 1991) der faktor 1 fanger opp det narsissistiske og faktor 2 det antisosiale aspektet. Det samme kan antas å gjelde for Kernbergs påstand om at antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse deler de samme hovedtrekkene (begge kjennetegnes ved borderline personlighetsorganisering) men med forskjellig uttrykk – grunnet fravær av samvittighet hos den antisosiale (Kernberg, 1992).

3. Antisosal personlighetsforstyrrelse i DSM's historie

Utgangspunktet for den diagnostiske manualen (DSM) har vært å klassifisere diagnoser ved hjelp av psykodynamiske forklaringsmodeller for å hjelpe klinikere med å holde det samme fokuset. Da den første manualen (DSM-I) ble publisert i 1952, var det fire diagnoser som refererte til individer som var:

”...ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu” (side 38).

Disse diagnosene var Sociopathic Personality Disturbance, Antisocial Reaction, Dyssocial Reaction og Sexual Deviation (DSM-I) (Vedlegg A). I neste utgave av den diagnostiske manualen fra 1968 (DSM-II) ble disse diagnosene supplementert med Antisocial Personality Disorder (antisosal personlighetsforstyrrelse), som også var første gangen dette begrepet ble brukt (Vedlegg A). Da kriterielister for diagnoser ble introdusert i DSM-III i 1980, var den underliggende psykodynamiske modellen endret til en mer atferdsfokusert modell (Vedlegg A). DSM-IV (1994) innførte nye endringer knyttet til et mer ateoretisk forhold til diagnoser. DSM-IV introduserte også et multiaksialt system for forståelse av psykiske lidelser og forstyrrelser, og antisosal personlighetsforstyrrelse ble, sammen med de andre personlighetsforstyrrelsene, plassert på akse II. Heterogenitet innad i diagnosene, overlapping av symptomer på tvers av forskjellige diagnoser og komorbiditet kom også mer i fokus med en slik multiaksial oppdeling.

3.1. Hovedkriterier for personlighetsforstyrrelser

I beskrivelsen av hva som karakteriserer personlighetsforstyrrelser, tas det i DSM-IV utgangspunkt i personlighetstrekk. Det er bare når personlighetstrekkene ikke er fleksible og er uhensiktsmessige, og forårsaker funksjonelle problemer eller subjektivt ubehag, at de utgjør personlighetsforstyrrelser (Torgersen, 2008). Følgende kriterier må være oppfylt for at for at diagnosen personlighetsforstyrrelse skal kunne settes:

A. Et varig mønster av indre opplevelser og atferd som avviker markert fra forventningene i den kultur hvor vedkommende lever. Dette mønsteret manifesterer seg i to (eller flere) av følgende områder:

1. Kognisjon (dvs. måter å oppfatte og forstå seg selv, andre mennesker og begivenheter på).

2. Affektivitet (dvs. variasjonsbredden, intensiteten, ustabiliteten, det passende i følelsesmessige reaksjoner).
3. Mellommenneskelig fungering.
4. Impulskontroll.

- B.** Det varige mønsteret er ikke fleksibelt og går igjen i et bredt område av personlige og sosiale situasjoner.
- C.** Det varige mønsteret fører til ubehag eller nedsatt funksjon i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder av et omfang som er av klinisk betydning.
- D.** Mønsteret er stabilt og av lang varighet, og starten kan spores tilbake senest til ungdomstiden eller tidlig voksen alder.
- E.** Det varige mønsteret er ikke bedre forstått som en manifestasjon eller konsekvens av en annen mental forstyrrelse.
- F.** Det varige mønsteret skyldes ikke den direkte fysiologiske effekt av stoff (for eks. stoffmisbruk, medisiner) eller en generell medisinsk tilstand (for eks. hodetraume).

3.2. Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV)

For å få diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse må, i tillegg til de ovennevnte hovedkriteriene, diagnosespesifikke kriterier være tilstrekkelig oppfylt. Disse er som følger:

- A.** Det eksisterer et vedvarende mønster med ringeakt for og krenkelse av andres rettigheter som har vart siden 15årsalderen, og er indikert ved minst tre av følgende kriterier:
1. Ute av stand til å følge sosiale normer for lovlydig atferd, kjennetegnet ved stadig å gjøre seg skyldig i handlinger som danner grunnlag for arrestasjoner.
 2. Svikfullhet, som angitt ved kronisk løgnaktighet, bruk av andre navn eller ved å lure andre for å oppnå fordeler, eller for moro skyld.
 3. Impulsivitet og manglende evne til å planlegge fremover.
 4. Irritabilitet og aggressivitet, som angitt ved stadige slagsmål eller overfall.
 5. Uansvarlig ringeakt for egen eller andres sikkerhet.
 6. Konsekvent uansvarlighet, som angitt ved stadig å mislykkes når det gjelder å stå i en jobb eller oppfylle økonomiske forpliktelser.
 7. Mangel på anger, som angitt ved å være likegyldig til eller bortforklare det å ha skadet andre, ha behandlet andre dårlig eller stjålet fra andre.

B. Vedkommende er minst 18 år.

C. Det foreligger en atferdsforstyrrelse som startet før 15årsalder, og som er karakterisert ved et vedvarende atferdsmønster hvor andres grunnleggende rettigheter eller sentrale aldersadekvate samfunnsmessige normer og regler brytes, og hvor i løpet av 12 måneder minst tre av følgende kriterier er oppfylt:

1. Plaget, truet eller skremte ofte andre.
2. Startet ofte slåsskamper.
3. Brukte våpen som kunne skade andre alvorlig fysisk (for eks. balltre, murstein, knust flaske, kniv, skytevåpen).
4. Var fysisk grusom mot andre mennesker.
5. Var fysisk grusom mot dyr.
6. Stjal i kontakt med offer (for eks. væpnet overfall, ran, pengeutpressing).
7. Tvang andre til seksuelle handlinger.
8. Anstiftet brann med den hensikt å forårsake alvorlig skade.
9. Ødela med forsett noe som tilhørte andre (på annen måte enn ved brannstifting).
10. Brutt seg inn i andres hus, bygning eller bil.
11. Løy ofte for å oppnå goder eller fordeler, eller for å unngå forpliktelser.
12. Stjal ting av en viss verdi uten kontakt med offer, enten hjemme eller borte (for eks. butiktktyveri, forfalsking, innbrudd).
13. Stakk av hjemmefra og var borte hele natta minst to ganger mens vedkommende bodde hos foreldre eller foreldreerstatninger (eller én gang uten å vende tilbake etter lengre tid).
14. Var ofte ute hele natta til tross for foreldrenes forbud, begynte før 13årsalder.
15. Skulket ofte skolen fra før 13årsalder.

Forstyrrelsen må ha skapt klinisk betydningsfulle problemer i sosial, skolemessig eller yrkesmessig tilpasning.

D. Antisosial atferd skjer ikke bare i løpet av en schizofreni eller en manisk episode.

4. Antisosal personlighetsforstyrrelse og andre forstyrrelser og lidelser

Forekomst av personlighetsforstyrrelser i populasjonen generelt anslås å være ca 10%, hvor en omtrentlig beregning antyder forekomst på ca 1% for hver enkelt personlighetsforstyrrelse-diagnose fra DSM-IV (Torgersen, 2005). Ved forskjellige studier varierer forekomst av antisosal personlighetsforstyrrelse fra for eksempel 0.6% (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001) til 4.5% (Samuels, Eaton, Bienvenu et al., 2002). Noe av variasjonen i forekomsten av antisosal personlighetsforstyrrelse knyttes blant annet til kjønnsforskjeller hvor det ser ut til at det omtrent er tre ganger flere menn enn kvinner med denne diagnosen (Torgersen et al., 2001; Zimmerman & Coryell, 1990).

Et annet aspekt som berører forekomst av antisosal personlighetsforstyrrelse er alder. Personer med antisosal personlighetsforstyrrelse virker å være signifikant yngre enn personer med andre personlighetsforstyrrelser (Torgersen et al., 2001). Sammenlignet med andre personlighetsforstyrrelser ser det ut til at de med antisosal oftest er single eller skilt (Zimmerman & Coryell, 1989). Forekomst av alkohol- og narkotikamisbruk ser også ut til å være hyppigere blant de med antisosal enn blant de med en annen personlighetsforstyrrelse (Verheul, van den Bosch & Ball, 2005).

Antisosal personlighetsforstyrrelse er plassert sammen med narsissistisk, borderline (emosjonelt ustabil) og histrionisk personlighetsforstyrrelse i Cluster B på akse II i DSM-IV. Disse diagnosene viser en positiv korrelasjon og høy komorbiditet med hverandre (Fossati, Maffei, Bagnoto, Battaglia, Donati et al., 2000). Deres samlede kriterier viser seg å lade også på den samme latente faktoren (Zimmerman & Coryell, 1990). Torgersen og kollegaer (2008) har i sin studie av en populasjon av tvillinger i Norge sett nærmere på disse korrelasjonene, og særlig med tanke på å undersøke de genetiske og miljømessige faktorer som kunne influere korrelasjonene. Ingen miljømessige effekter var funnet, mens den forstyrrelsesspesifikke genetiske variansen var sterkest for antisosal og narsissistisk personlighetsforstyrrelse (Torgersen, Czajkowski, Jacobson, Reichborn-Kjennerud, Røysemb et al., 2008).

En studie som er foretatt av Looper og Paris (2000) med sikte på å undersøke felles underliggende dimensjoner for samtlige av Cluster B diagnosene, trekker fram impulsivitet som et felles kjennetegn og underliggende dimensjon for disse diagnosene.

4.1. Antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse

I studien til Looper og Paris (2000) hvor impulsivitet var foreslått som en underliggende dimensjon for diagnosene i Cluster B, viser det seg at impulsivitet særlig kjennetegnet antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse (Looper & Paris, 2000). I følge Skodol (2005), kan pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse være impulsive og manipulerende men at deres motivasjon er å få oppmerksomhet og ikke å oppnå profitt slik det tenkes er tilfelle for de med antisosial personlighetsforstyrrelse.

I studien til Torgersen og kollegaer (2008), hvor den forstyrrelsesspesifikke genetiske variansen var sterkest for antisosial, viser det seg at den var svakest for borderline personlighetsforstyrrelse. Til tross for dette, fant de også at antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse delte de samme genetiske og miljømessige risikofaktorer utenom de som var vanlig for alle personlighetsforstyrrelser fra Cluster B (Torgersen, et al., 2008). Dette er interessant i lys av antakelser om at antisosial forekommer oftest hos menn (Torgersen et al., 2001) mens borderline personlighetsforstyrrelse oftest forekommer hos kvinner, noe som er funnet i kliniske men ikke i ikke-kliniske populasjoner (Paris, 1997; Morey, Alexander & Boggs, 2005).

Det samme settet av risikofaktorer kan forstås som modifisert av kjønn, slik at kvinner lettere får et borderline mens menn får et antisosialt symptomuttrykk (Cloninger, Reich & Guze, 1975). En annen forklaringsmodell knytter seg til de biologiske parameterne, nemlig forskjeller i testosteron- og serotonin-nivåer og serotonin-reseptorenes responsivitet som gjør at kvinner uttrykker sin impulsivitet annerledes enn menn, og at de samtidig har større risiko for å utvikle affektive lidelser (Carlson & Carlson, 1988; Heinsbroek, van Haren, Feenstra, van Galen, Boer et al., 1990; O'Connor & Feder, 1985). Denne biologiske forklaringsmodellen anvendes nettopp av Looper og Paris (2000) i deres forståelse av kjønnsforskjeller knyttet til impulsivitet og affektiv labilitet.

4.4. Antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse

I følge Kernberg (1992) er det vanskelig å ha antisosial personlighetsforstyrrelse uten en sterk komponent av narsissisme i bunnen av personligheten, da antisosial aktivitet anses å bringe en eller annen form for gunst på bekostning av andre. Som nevnt tidligere, hevder Kernberg at antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse spinner ut av den samme personlighetsorganiseringen. Forskjellen knyttes til en mer alvorlig defekt i superego der uttrykket er mer

antisosialt. Den mest alvorlige sammenblandingen av antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse er, i følge Kernberg maling narsissisme hvor personen har typiske karakteristikk for både narsissistisk og antisosial personlighetsforstyrrelse sammen med ego-synton sadisme og paranoid orientering (Kernberg, 1992).

Robert Hares arbeid (1986, 1991) med psykopati kaster også et lys over forholdet mellom narsissisme og kriminalitet. Som nevnt ovenfor, er den ene faktorstrukturen av psykopati preget av en narsissistisk kvalitet (overfladisk sjarm, mangel på anger osv) mens den andre er mer relatert til kriminell atferd (lovbrudd, impulsivitet osv).

Når det gjelder diagnostisk overlapp (DSM-IV diagnoser), er det store variasjoner i funn fra forskjellige studier. Morey og Jones (1998) viser til at det omtrent er 15.3% av de med diagnosen narsissistisk personlighetsforstyrrelse som også har antisosial personlighetsforstyrrelse, mens Soldz og kollegaer (1993) finner en komorbiditet på 51%. Pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse utviser ofte samme arroganse, utnyttelse av andre og fravær av empati som pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse, men de er ofte ikke like aggressive eller impulsive og de har nødvendigvis ikke en forhistorie med atferdsforstyrrelse fra ungdomstiden (Skodol, 2005). Gunderson og Ronningstam (2001) trekker fram grandiositet, tendens til å overdrive egne talenter og tendens til å betrakte seg selv som mer unik, som de beste diskrimineringskriteriene mellom narsissistisk og antisosial personlighetsforstyrrelse, med klart tydeligst forekomst hos de med narsissistisk.

4.5. Antisosial og histrionisk personlighetsforstyrrelse

Noen av kriteriene for histrionisk personlighetsforstyrrelse gjenspeiler flere kjennetegn av psykopati (for eks. manipulering og overfladisk affekt). Flere studier har demonstrert signifikante sammenhenger mellom histrionisk og antisosial personlighetsforstyrrelse, og mellom histrionisk personlighetsforstyrrelse og psykopati (Hart & Hare, 1989, Salekin, Rogers & Sewell, 1997). Siden forekomst av histrionisk personlighetsforstyrrelse ofte er hyppigst hos kvinner (Lilienfeld, Van Vankelburg, Larntz & Akiskal, 1986), har enkelte foreslått at denne forstyrrelsen kan være en kvinnelig utgave av psykopati (Nuckolls, 1992; Warner, 1978). Cale og Lilienfeld (2002) har undersøkt denne hypotesen ved å studere disse forstyrrelsenes samvariasjon og forekomst i en ikke-klinisk populasjon. De finner ikke belegg for å kunne hevde at histrionisk personlighetsforstyrrelse er et kvinnelig uttrykk for psykopati eller antisosial personlighetsforstyrrelse (Cale & Lilienfeld, 2002).

4.6. Atferdsforstyrrelse i ungdomsårene ("conduct disorder", DSM-IV)

Kritikken mot kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse har i stor grad dreid seg om to forhold (Perdikouri, Rathbone, Huband & Duggan, 2007). Det ene handler om at selve diagnosen, til forskjell fra andre personlighetsforstyrrelser, i langt større grad baserer seg på atferd og mindre på personlighetstrekk (Hare, Hart & Harpur, 1991; Widiger & Corbit, 1996). Det andre forholdet som kritikken har vært rettet mot handler om at dette er den eneste diagnosen som krever tilstedeværelse av en (atreds)forstyrrelse i ungdomsårene (Black & Braun, 1998). Det ser ut til at langt flere enn de som oppfyller krav om atferdsforstyrrelse i ungdomsårene oppfyller tre eller flere voksenkriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse (Black & Braun, 1998; Perdikouri et al., 2007).

De med atferdsforstyrrelse i ungdomsårene har en tendens til å oppfylle flere voksenkriterier og de rapporterer mer raseri enn de uten atferdsforstyrrelse i ungdomsårene (Perdikouri et al., 2007). En foreslått tolkning av disse forskjellene går ut på at de med atferdsforstyrrelse i ungdomsårene har en sterkere genetisk komponent i utviklingen av antisosial personlighetsforstyrrelse og kan dermed predikere en noe mer alvorlig personlighetsforstyrrelse i voksen alder (DiLalla & Gottesman, 1989; Langbehn & Cadoret, 2001). Likevel antas disse forskjellene å være så svake at det ikke er belegg for å betrakte disse to gruppene som signifikant forskjellige (Black & Braun, 1998; Perdikouri et al., 2007).

Det er ikke alle med atferdsforstyrrelse i ungdomsårene som utvikler antisosial personlighetsforstyrrelse selv om sammenhengen mellom disse forstyrrelsene viser seg å være god (Taylor, Elkins, Legrand, Peuschold & Iacono, 2006). Det har vært omtrentlig antatt at 40% av de med atferdsforstyrrelse i ungdomsårene utvikler antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder (Farrington, Loeber, Elliot, Hawkins, Kandel et al., 1990). En nyere studie av Gelhorn og kollegaer (2007) anslår denne sammenhengen å være på 75%. De ungdomskriteriene som viser seg å ha den største prediktive verdien for utvikling av antisosial personlighetsforstyrrelse er voldelig og aggressiv atferd (Gelhorn, Sakai, Price & Crowely, 2007).

4.5. Antisosial personlighetsforstyrrelse og symptomlidelser (akse I, DSM-IV)

Antisosial personlighetsforstyrrelse er sterkest assosiert med alkohol- og narkotikamisbruk, både i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Grant, Stinson, Dawson et al., 2004; Kessler, Crum, Warner et al., 1997). Dette gir, i følge Skodol (2005), støtte til antakelsen om en underliggende dimensjon av impulsivitet og eksternalisering. Andre betrakter forholdet

mellom misbruk og antisosial personlighetsforstyrrelse fra en annen synsvinkel, og sier at det nettopp er misbruket og / eller avhengigheten som fører til at personen driver med antisosial atferd (Bernstein & Handelsman, 1995). Denne tankegangen har fått lite empirisk oppmerksomhet (Verheul et al., 2005).

En tredje måte å se på dette forholdet på, er å anta en tredje variabel som forklarer både personlighetsforstyrrelsen og misbruksatferd. Siever og Davis (1991) og Zanarini (1993) trekker fram det genetiske og biologiske fundamentet som en tredje variabel som de antar er felles for antisosial personlighetsforstyrrelse og misbruksatferd. Men funn fra flere adopsjonsstudier viser at antisosial personlighetsforstyrrelse og alkoholisme kan være to genetisk separate lidelser (Cadoret, O’Gorman, Troughton et al., 1985).

Enkelte formidler et klinisk inntrykk av at affektive lidelser forekommer mer sjelden hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse enn hos pasienter med andre personlighetsforstyrrelser (Stone, 2005). De antar at disse pasientene har vanskeligheter med å oppleve tristhet, sorg, bekymring, men også depresjon, og at de isteden agerer ut det som vanskelig kan oppleves mentalt (Stone, 2005). Det terapeutiske arbeidet utledet av denne hypotesen tar sikte på å klargjøre og integrere de dysforiske følelsene slik at utaggingene skulle avta (Kernberg, 1992).

Enkelte studier tilbakeviser dette og rapporterer om pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse som sliter med blant annet depresjoner, angst og posttraumatisk stressyndrom (Reich, 1997; Goodwinn & Hamilton, 2002). Disse plagene kan også antas å være noe av hovedmotivasjonen til at pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse søker behandling (Karterud, Johansen & Urnes, 2001).

5. Formålet med studien

Det knyttes mange interessante spørsmål til diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (DSM-IV) og dens konstruktvaliditet. Disse spørsmålene kan grovt sett oppsummeres i tre områder:

1. Kriterienes psykometriske egenskaper

Noen av spørsmålene som reiser seg her, er som følger: Hvilke kriterier er hyppigst og hvilke forekommer mer sjelden, og i hvilke populasjoner? Hva er deres forhold til hverandre (intern konsistens)? Hvilke underliggende komponenter (faktorer) kan kriteriene tenkes å være uttrykk for? Hva er sammenhenger mellom ungdoms- og voksenkriterier?

2. Diagnosens forhold til andre diagnoser

Foreligger det noen spesifikke assosiasjoner mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og andre forstyrrelser eller symptomlidelser? Hva er de overlappende aspektene og berøringspunktene mellom diagnosen og andre lidelser? Hva er klare diskrimineringskriterier? Kan diagnosens særtrekk bedre forklares med andre diagnoser?

3. Kjønnforskjeller

Hva er det som kjennetegner kvinner og hva er det som kjennetegner menn med antisosial personlighetsforstyrrelse? Hvilke kriterier eller underliggende komponenter er disse forskjellene knyttet til?

Disse tre områdene vil bli et overordnet forskningstema i denne studien. Med klare begrensninger knyttet til utvalget, som senere vil bli drøftet, vil analysen av datamaterialet ta sikte på å undersøke følgende antakelser:

Antakelse 1

Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse har en akseptabel intern konsistens, noe som også gjenspeiler seg i høy Cronbach's Alpha verdi. Dette gjelder både for ungdomskriterier og for voksenkriterier. Når ungdoms- og voksenkriterier slås sammen vil Cronbach's Alpha verdi øke som en indikasjon på god sammenheng mellom disse kriteriene.

Antakelse 2

Antisosal personlighetsforstyrrelse er ingen avgrenset homogen kategori. Antall oppfylte kriterier er gradvis fordelt med flere personer som oppfyller få, og færre som oppfyller mange kriterier. Ved diagnosens terskel på minst tre oppfylte voksenkriterier (i tillegg til minst tre oppfylte ungdomskriterier) vil den nedgående fordelingen forstette med flere personer med to enn med tre oppfylte kriterier. Dette gjelde både for ungdoms- og voksen kriterier.

Antakelse 3

Indisier for diagnostisk effektivitet ("diagnostic efficiency") skal være akseptable. Diagnosekriteriene skal kunne fange opp de pasientene som har diagnosen, mens fravær av oppfylt kriteri skal kunne tilsi økt sannsynlighet for fravær av diagnosen.

Antakelse 4

Det er forventet at pasienter med mange oppfylte diagnosekriterier vil rapportere større symptomtrykk og relasjonelle vansker enn de med få oppfylte kriterier. Antall oppfylte kriterier for antisosal personlighetsforstyrrelse forventes i så måte å korrelere positivt med det oppgitte lidelsestrykket, funksjonsnivået og de relasjonelle vanskene målt ved hjelp av GAF ("Global Assessment of Functioning"), CIP ("Circumplex of Interpersonal Problems") og GSI ("The Global Severity Index").

Antakelse 5

Kriterier for antisosal personlighetsforstyrrelse danner en separat komponent blant samtlige av kriteriene for resten av personlighetsforstyrrelsene.

Antakelse 6

Korrelasjonene mellom kriteriene til antisosal personlighetsforstyrrelse og selve diagnosen skal være høyere enn mellom disse kriteriene og andre personlighetsforstyrrelsesdiagnoser.

Antakelse 7

Kriteriene til antisosal personlighetsforstyrrelse er uttrykk for underliggende faktorer, som for eksempel impulsivitet og aggresjon. Det vil si at ved faktoranalysering vil de beslektede kriteriene gi ladninger på de samme faktorene og på den måten antyde flerfaktorstrukturen i diagnosen antisosal personlighetsforstyrrelse. Dette gjelder både for ungdoms- og for voksenkriterier. Det forventes å være en sammenheng mellom faktorstrukturene fra ungdomskriterier og faktorstrukturene fra voksenkriterier.

Antakelse 8

Faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse vil korrelere positivt med resten av diagnosene fra Cluster B. Like positive sammenhenger er ikke forventet med diagnosene fra Cluster A og C (akse II, DSM-IV).

Antakelse 9

Antisosial personlighetsforstyrrelse framstår som en egen konstrukt uten ha noen spesifikke assosiasjoner med symptomlidelser (akse I, DSM-IV).

Antakelse 10

Misbruk av alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer forventes å være positivt korrelert med antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse.

Kjønnsforskjeller vil bli drøftet i lys av de funnene som knyttes til de ovennevnte antakelsene.

6. Metode

6.1. Datamateriale

Datamaterialet for denne studien omfatter pasienter som er utredet og behandlet i Nettverket for psykoterapeutiske dagavdelinger i Norge i perioden fra 1996 til 2007 (n = 2289). Nettverket består av 13 dagavdelinger som tilbyr et 18 ukers dagbehandlingsprogram etterfulgt av en langvarig poliklinisk gruppeterapeutisk behandling. Behandlingen i Nettverket retter seg mot pasienter med personlighetsforstyrrelser (akse II, DSM-IV). Ekskluderingskriterier for behandling i Nettverket er alder under 18 år, alvorlige selvmordsforsøk, alvorlig voldelig og / eller truende atferd, og pågående alkohol- eller narkotikamisbruk. Som medlem i Nettverket er samtlige av avdelingene pålagt å følge de samme utredningsprosedyrene (Karterud, Pedersen, Friis, Urnes, Irion et al., 1998). Disse prosedyrene er i tråd med LEAD- prinsippet (Longitudinal, Expert, All Data; Spitzer, 1983). Datamateriale er samlet fra hver enkelt pasient uavhengig om vedkommende har fullført behandling. Datamaterialet er anonymisert og oppbevart i en sentral database som administreres av Ullevål Universitetssykehus i Oslo. Innsamling og bruk av datamaterialet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst-Norge.

6.2. Utredningsinstrumenter

Utredning av personlighetsforstyrrelser (akse II, DSM-IV) er gjort ved hjelp av "Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)" (First, 1994). Allerede ved oppstart av behandlingen på dagavdelingen, er pasienten intervjuet av en av terapeutene og en midlertidig diagnose er satt. Denne diagnosen vurderes også i lys av informasjonen fra henvisningsdokumenter og informasjonen fra pasientens søknad om behandling. I løpet av de to første ukene etter behandlingsstart, samles terapeutene til klinisk konferanse der den satte diagnosen vurderes ut fra de foreløpige observasjonene staben har gjort seg av pasienten. Til sammen settes det opp tre kliniske konferanser i løpet av pasientens 18 uker lange behandling ved dagavdelingen. Den endelige diagnosen vurderes etter endt dagbehandling og krever at oppfylte kriterier fra SCID-II protokollen samsvarer med observasjoner og annen tilleggsinformasjon om pasienten.

Utredning av symptomlidelser (akse I, DSM-IV) er gjort ved hjelp av "Mini-International Neuropsychiatric Interview for Axis I Diagnosis (M.I.N.I.)" (Sheenan & Lecrubier, 1994). Dette intervjuet er utviklet for å minke gapet mellom omfattende detaljundersøkelser av

symptomlidelser på den ene siden og korte screeningstester på den andre. Intervjuing ved hjelp av M.I.N.I. sikter seg mot utredning av 17 symptomlidelser.

Funksjonsnivået til hver enkelt pasient er utredet ved hjelp av ”Global Assessment of Functioning (GAF)” (American Psychiatric Association, 1994), både ved oppstart og avslutning av behandlingen på dagavdelingen. GAF er representert på akse V i DSM-IV, og består av en 100 punkts skala der 1 indikerer lavest mulig og 100 høyest mulig funksjonsnivå. GAF skårene er standardisert og reliabilitetstestet for dagavdelingene, og viser seg å ha høy ”intra-class” korrelasjon (.96) (Pedersen, Hagtvatn & Karterud, 2007).

Selvrapportering av siste ukers symptomer er foretatt ved hjelp av ”Revised Symptom Check List (SCL-R-90)” (Derogatis, 1994) både ved oppstart og avslutning av behandlingen. Denne listen inneholder 90 punkter (påstander) fordelt over følgende subbskalaer: kroppslige plager, konsentrasjonsvansker, sårbarhet, depresjon, angst, raseri, fobisk angst, mistenksomhet, psykotisisme og fremmedgjøring. Pasienten vurderer påstandene via en fempunkts Likert-skala fra null til fire. Jo høyere skåre det er på skalaen, desto mer plage opplever pasienten. Gjennomsnittsskåren for alle påstandene er uttrykt i ”The Global Severity Index (GSI)”.

Opplevde interpersonlige vansker er rapportert med bruk av ”Circumplex of Interpersonal Problems (CIP)” (Pedersen, 2002). CIP er utviklet med bakgrunnen i ”Inventory of Interpersonal Problems” (Alden, Wiggins & Pincus, 1990), som igjen har sine røtter i ”Inventory of Personal Problems” (Horowitz et al., 1988). CIP består av 48 punkter hvor hver enkelt punkt enten dreier seg om fravær av adekvat atferd eller tilstedeværelse av uhensiktsmessig atferd. Punktene fordeler seg i følgende subbskalaer: dominerende, selvsentrert, distansert, sosialt usikker, lite selvhevdende, utnyttbar, oppofrende og påtrengende. Svarene gis på en fempunkts Likert-skala hvor null indikerer fravær av vansker og fire indikerer alvorlige interpersonlige vansker.

Personlighetstrekk er utredet ved hjelp av ”NEO Personality Inventory, Revised (NEO-PI-R)” (Costa & McCrae, 1992). Dette er et selvrapporteringsskjema som operasjonaliserer femaktormodellen av personligheten (FFM). NEO-PI-R består av 240 punkter som gir informasjon om de fem hoveddimensjoner i femaktormodellen: nevrotisisme, ekstraversjon, medmenneskelighet, pålitelighet og åpenhet til opplevelser (Costa & McCrae, 1992).

6.3. Utvalg

Utvalget består av 2289 pasienter hvor av 71.2 % er kvinner (n = 1629) og gjennomsnittsalder er 35.2 år (SD = 9.2) (Figur 1). 80 % av pasientene har minst én akse II-diagnose (n = 1827), og blant disse er gjennomsnittstallet av diagnoser 1.44. De hyppigste akse II-diagnosene i utvalget er unnvikende (38.7 %) og borderline personlighetsforstyrrelse (23.4 %) (Figur 3). Ved behandlingsstart er gjennomsnittskårene for GAF målt til 44.9 (SE = .11), for GSI til 1.5 (SE = .01) og for CIP til 1.7 (SE = .14).

Figur 1. Utvalget

	ASPF n (%)	Alle n (%)
Kjønn		
Mann	21 (55.3)	660 (28.8)
Kvinne	17 (44.7)	1629 (71.2)
Totalt	38	2289
Sivilstatus		
Ugift	17 (44.7)	915 (40.0)
Samboer	12 (31.6)	407 (17.8)
Gift	7 (18.4)	491 (21.5)
Separert	-	113 (4.9)
Skilt	2 (5.3)	278 (12.1)
Enke /-mann	-	15 (.7)
Missing	-	70 (3.0)
Daglig virke		
Student	-	153 (6.7)
Hjemmeværende	1 (2.6)	84 (3.7)
Ansatt, heltid	15 (39.5)	818 (35.7)
Ansatt, deltid	3 (7.9)	205 (9.0)
Uføretrygdet	-	168 (7.3)
Arbeidsledig	14 (36.8)	554 (24.2)
Missing	5 (13.2)	307 (13.4)
Gjennomsnittsalder (SD):	31.4 (7.2)	35.2 (9.2)

Det er 38 pasienter med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget (base rate = 1.7 %), hvor av 21 er menn (55.3 %). Forholdet mellom diagnosens forekomst blant menn og diagnosens forekomst blant kvinner i utvalget er 3 : 1. Gjennomsnittsalderen for disse pasientene er 31.4 år (SD = 7.2). Signifikantesting ("Independent-samples t-test") av gjennomsnittsalderen hos pasienter med og uten antisosial personlighetsforstyrrelse indikerer signifikant aldersforskjell mellom disse to gruppene ($\underline{M} = 35.2$, SD = 9.2; $\underline{M} = 31.4$, SD = 7.2; $t(2275) = 2.52$; $p < .05$, 2-tailed).

Det er høy forekomst av akse I-diagnoser i utvalget. 60.6 % av pasientene har en affektiv lidelse, mens hele 80.0 % har en eller annen form for angstlidelse. Pasientgruppen med antisosial personlighetsforstyrrelse ser ut til preges av lavere forekomst av affektive lidelser, men på den andre siden høyere forekomst av posttraumatisk stressyndrom og alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk enn resten av utvalget (Figur 2). Disse forholdene er signifikanstestet (antakelse nr 9 og 10).

Figur 2

Akse I diagnoser (DSM-IV)	ASPF	Resten av utvalget
	n (%)	n (%)
Alvorlig depressiv episode	15 (39.5)	1259 (54.6)
Cyclothymi	1 (2.6)	6 (.3)
Dystymi	3 (7.8)	439 (19.2)
Depressiv lidelse (INA)	2 (5.3)	16 (.7)
Bipolar lidelse I	1 (2.6)	60 (2.7)
Bipolar lidelse II	1 (2.6)	52 (2.3)
Panikklidelse uten agorafobi	5 (13.2)	400 (17.5)
Panikklidelse med agorafobi	5 (13.2)	212 (8.9)
Agorafobi uten historie på panikklidelse	2 (5.3)	26 (1.1)
Obsessiv-kompulsiv lidelse	2 (5.3)	144 (6.3)
Sosial forbi	5 (13.2)	682 (28.8)
Generalisert angstlidelse	4 (10.6)	441 (18.7)
Depersonalisasjonslidelse	1 (2.6)	3 (.2)
Posttraumatisk stresslidelse	8 (21.1)	209 (9.0)
Narkotikamisbruk	4 (10.6)	93 (4.0)
Medikamentmisbruk	2 (5.3)	0 (.0)
Alkoholmisbruk	3 (7.8)	65 (2.8)
Alkoholavhengighet	3 (7.8)	147 (6.6)
Somatoforme lidelser (INA)	1 (2.6)	18 (.8)
Bulimia nervosa	3 (7.8)	26 (1.1)
Spiseforstyrrelse INA	2 (5.3)	23 (1.0)
AD/HD	1 (2.6)	2 (.1)
Patologisk gambling	1 (2.6)	0 (.0)
Uten noen diagnose på Akse I	2 (5.3)	67 (2.9)
Missing	-	12 (.5)

Blant de med antisosial personlighetsforstyrrelse er det kun én pasient som har denne diagnosen som den eneste fra akse II. 13 pasienter har én personlighetsdiagnose i tillegg, mens 14 pasienter har to og ti pasienter har tre personlighetsdiagnoser i tillegg til antisosial. Til sammen har denne pasientgruppen på 38 personer 109 personlighetsdiagnoser til sammen, ($M = 2.9$). Den hyppigste tilleggdiagnosen er borderline personlighetsforstyrrelse med 76.3% forekomst sammenlignet med forekomst på 23.4 % ellers i utvalget (Figur 3).

Figur 3

Akse II diagnoser (DSM-IV)	ASPF	Hele utvalget
	n (%)	n (%)
Schizoid	1 (2.6)	17 (.7)
Schizotyp	2 (5.2)	30 (1.3)
Paranoid	12 (31.6)	236 (10.5)
Narsissistisk	4 (10.5)	18 (.8)
Borderline	29 (76.3)	536 (23.4)
Histrionisk	1 (2.6)	10 (.4)
Unnvikende	12 (31.6)	884 (38.7)
Tvangspreget	4 (10.5)	204 (9.0)
Avhengig	4 (10.5)	240 (10.5)
Antisosial	38 (100)	38 (1.7)
Blandet (NOS)	-	414 (18.1)

6.4. Statistiske beregninger

Reliabiliteten til antisosial personlighetsforstyrrelse er undersøkt ved hjelp av Cronbach's Alpha og ledd-til-trekk-korrelasjoner ("Inter-Item Correlations", og "Corrected Item-Total Correlations"). Kriterienes korrelasjon med hverandre er også undersøkt ved hjelp av bivariat reliabilitetsanalyse "Pearson's Correlation Coefficient", som er valgt fremfor "Spearman" på grunn av stort antall personer i utvalget. Siden det ikke er optimalt å bruke "Pearson's Correlation Coefficient" på ordinale skalaer, er det foretatt kontrollanalyser med dikotomiserte variabler i tillegg. Her er skårene fra SCID-II protokollen dikotomisert slik at skårer 1 og 2 tilsvarer "ikke oppfylt kriteri" mens skåren 3 tilsvarer "oppfylt kriteri".

Hyppighet og fordeling av kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget er undersøkt ved hjelp av frekvensanalyser. Indisier for diagnostisk effektivitet ("diagnostic efficiency") er vurdert ut fra verdiene til kriterienes sensitivitet, spesifisitet, positiv prediksjonsverdi ("positive predictive value") og negativ prediksjonsverdi ("negative predictive value") (Altman, 1991). Det er også gjort beregninger for den samlede nøyaktighet av diagnosen ("overall accuracy"). Dette er et mer generelt mål på diagnostisk effektivitet der andel av pasientene med diagnosen sees i lys av andelen av de uten diagnosen (Crocker & Algina, 1986).

"Pearson's Correlation Coefficient" er brukt for undersøkelse av korrelasjoner mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og opplevd lidelsestrykk, dysfunksjonalitet og mellommenneskelige vansker uttrykt med GAF-, CIP- og GSI-verdier. Sammenhenger mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og akse I diagnoser er også undersøkt ved hjelp av "Pearson's Correlation Coefficient". Forskjeller i variansen og gjennomsnittsskårene for de undersøkte variablene hos pasientene med og uten antisosial personlighetsforstyrrelse, og forskjeller mellom menn og kvinner er signifikantestet ved hjelp av "Levene's test for equality of variances" og "T-test for Equality of Means" ("Independent-samples t-test").

Faktoranalysene er gjort ved hjelp av eksplorerende prinsippal faktoranalyse (PCA) hvor "Varimax" er brukt som ekstraksjonsmetode og "Kaiser Normalization" som rotasjonsmetode. Faktorladninger lavere enn .40 er ikke tatt med. Siden prinsippal faktoranalyse ikke separerer ut feil- og spesifikk varians, er det gjort kontrollanalyser med prinsippal aksefaktoranalyse. Statistiske beregninger er gjort ved hjelp av SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

7. Resultater

Antakelse 1

Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse har en akseptabel intern konsistens, noe som også gjenspeiler seg i høy Cronbach's Alpha verdi. Dette gjelder både for ungdomskriterier og for voksenkriterier. Når ungdoms- og voksenkriterier slås sammen vil Cronbach's Alpha verdi øke som en indikasjon på god sammenheng mellom disse kriteriene.

1.1. Voksenkriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse

Korrelasjonsanalysen er gjort med kriteriene som semikontinuerlige variabler ("ikke oppfylt, delvis oppfylt og helt oppfylt") og hele utvalget er tatt med. Korrelasjonene er generelt lave til moderate (gjennomsnittskorrelasjon = .29, varians = .01). Den laveste korrelasjonen (.17) viser seg å være mellom kriteriet 4 (aggressivitet) og kriteriet 2 (svikfullhet, løgnaktighet) (Tabell 1.1). Den høyeste korrelasjonen (.37) ser vi mellom kriteriet nr 3 (impulsivitet) og kriteriet nr 1 (lovbrytende atferd). Ledd-til-trekk-korrelasjoner er moderate og varierer fra .38 (aggressivitet) til .55 (lovbrytende atferd). Cronbach's Alpha-verdi for voksenkriterier indikerer en høy konsistens mellom kriteriene (.73).

Tabell 1.1.	Korrelasjoner							Corrected Item- Total Correlation
	1	2	3	4	5	6	7	
1 lovbyrende atferd	1.00							.550
2 svikfullhet, løgner	.363	1.00						.407
3 impulsivitet	.367	.317	1.00					.484
4 aggressivitet	.288	.168	.281	1.00				.381
5 uansvarlig ringeakt	.359	.197	.265	.276	1.00			.436
6 økonomisk uansvarlig	.320	.258	.335	.242	.273	1.00		.444
7 mangel på anger	.364	.271	.286	.183	.286	.271	1.00	.436

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korrelasjonsanalysen er også gjort med kriteriene som dikotomiserte variabler. Denne analysen bekrefter tilsvarende lave men signifikante korrelasjoner mellom kriteriene (gjennomsnitt = .19, $p < .01$; og $p < .05$ for kriterier 4 og 7; 2-tailed) (Vedlegg 1).

1.2. Ungdomskriterier

Korrelasjonsanalysen er gjort med ungdomskriteriene som semikontinuerlige variabler ("ikke oppfylt, delvis oppfylt og helt oppfylt") og hele utvalget er tatt med. Korrelasjonene er lave men signifikante med gjennomsnittskorrelasjonen på $r = .19$, (variasjon fra $r = .001$ til $r = .46$, $p < .05$, 2-tailed) (Vedlegg 1). Kriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) skiller seg ut med de laveste og enkelte ikke signifikante sammenhenger med resten av kriteriene (Tabell 1.2).

Tabell 1.2

Ungdomskriterier:	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15
Tvang andre til sex	.084**	.048*	.064**	.034	.085**	.015	.041	.011	.104**	.001	.041	.063**	.062**	.020

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * .at the 0.05 level (2-tailed).

Cronbach's Alpha verdi for ungdomskriterier indikerer en høy indre konsistens (.77). Denne verdien øker til .78 når ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) fjernes fra beregningen. Dette kriteriets ledd-til-trekk-korrelasjon er også den laveste (.09) blant samtlige av ungdomskriteriene (Vedlegg 1).

1.3. Ungdoms- og voksenkriterier sammen

Når ungdoms- og voksenkriterier slås sammen viser de en forhøyet Cronbach's Alpha verdi en noe høyere indre konsistens (.82). Vi ser en ytterligere økning i denne verdien (til .83) når ungdomskriteriet nr 7 blir fjernet. Dette kriteriet har den laveste ledd-til-trekk-korrelasjonen (.07) i denne sammenhengen også (Vedlegg 1).

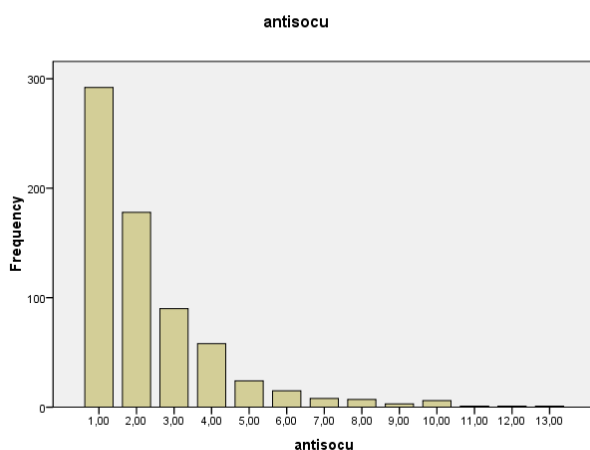
Antakelse 2

Antisosial personlighetsforstyrrelse er ingen avgrenset homogen kategori. Antall oppfylte kriterier er gradvis fordelt med flere personer som oppfyller få, og færre som oppfyller mange kriterier. Ved diagnosens terskel på minst tre oppfylte voksenkriterier (i tillegg til minst tre oppfylte ungdomskriterier) vil den nedgående fordelingen forstette med flere personer med to enn med tre oppfylte kriterier. Dette gjelder både for ungdoms- og voksenkriterier.

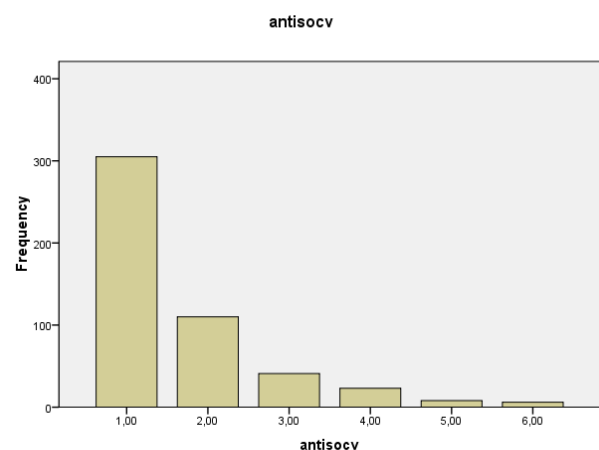
Ungdomskriteriene viser en fordeling fra 292 personer med ett ungdomskriteri, 178 med to, 90 med tre, 58 med fire ungdomskriterier, og med en gradvis nedgang ned til én person med

13 oppfylte ungdomskriterier. Det er 1605 personer i utvalget som ikke er registrert med noen ungdomskriterier, og heller ingen med 14 eller 15 oppfylte ungdomskriterier (Figur 2.1). Til sammen er det 214 personer som oppfyller minst tre ungdomskriterier, og av disse er det 18% som har utviklet antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. På den andre siden har 45% av disse 214 utviklet borderline personlighetsforstyrrelse.

Voksenkriterier fordeler seg på en lignende måte. Det er 305 personer som oppfyller ett kriteri og det er en gradvis nedgang i antall personer desto flere kriterier som oppfylles (Figur 2.2). 110 personer oppfyller to voksenkriterier, 41 oppfyller tre, 23 oppfyller fire, åtte personer oppfyller fem og seks personer oppfyller seks voksenkriterier. Det er ingen som er registrert med sju oppfylte kriterier, mens 1796 personer er registrert uten noen oppfylte voksenkriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse. 38 personer i utvalget oppfyller minst tre ungdomskriterier samtidig som de oppfyller minst tre voksenkriterier.



Figur 2.1.



Figur 2.2

Antakelse 3

Indisier for diagnostisk effektivitet ("diagnostic efficiency") skal være akseptable. Diagnosekriteriene skal kunne fange opp de pasientene som har diagnosen, mens fravær av oppfylt kriteri skal kunne tilsi økt sannsynlighet for fravær av diagnosen.

For å undersøke dette, er følgende beregninger gjennomført: sensitivitet, spesifisitet, positiv prediksjonsverdi ("positive predictive value") og negativ prediksjonsverdi ("negative predictive value") (Altman, 1991). Beregninger for den samlede nøyaktighet av diagnosen ("overall accuracy") gir et mer generelt mål på diagnostisk effektivitet der andel av pasientene med diagnosen sees i lys av andelen av de uten diagnosen (Crocker & Algina, 1986).

Sensitivitet representerer andel av de som både oppfyller det gitte kriteriet og som har diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse, mens spesifisitet på den andre siden representerer andel av de som verken oppfyller det gitte kriteriet eller har diagnosen (Hummelen, 2008). Positiv prediksjonsverdi representerer sannsynligheten for at man har diagnosen gitt at kriteriet er oppfylt, mens negativ prediksjonsverdi representerer sannsynligheten for at man ikke har diagnosen gitt at kriteriet ikke er oppfylt (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude & Falkum, 2004). Gode kriterier indikeres av høye sensitivitets- og spesifisitetsverdier. Verdiene på de ovennevnte mål for voksenkriterier er framstilt i tabell 3.1, og i tabell 3.2 for ungdomskriterier.

Tabell 3.1.

Voksenkriterier	1	2	3	4	5	6	7
Kriteriefrekvens (%)	8.0	2.6	6.3	4.6	9.2	3.1	1.9
Sensitivitet (%)	81.6	31.6	71.1	47.4	68.4	27.0	40.0
Spesifisitet (%)	93.0	97.9	94.7	96.0	91.5	97.2	96.8
Positiv prediksjon (%)	17.0	25.0	19.0	17.0	12.5	15.0	33.0
Negativ prediksjon (%)	99.7	98.8	99.5	99.0	99.4	98.7	98.9
Den samlede nøyaktighet (%)	92.8	96.7	94.3	95.2	91.1	96.0	97.5

Verdier for sensitivitet for voksenkriterier varierer fra 27.0 (kriteriet 6) til 81.6 (kriteriet 1). Det vil si at pasientene med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget har større sannsynlighet til å utvise lovbrystende atferd (kriteriet 1) enn å streve med vedvarende økonomisk uansvarlighet (kriteriet 6). Nivået på spesifisiteten er generelt høyt, fra 91.5 til 97.9. Dette indikerer høy sannsynligheten for at man ikke oppfyller det gitte kriteriet så lenge en ikke har diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget.

Den største forskjellen mellom sensitivitet og spesifisitet er knyttet til kriteriet 6, med sensitivitet på 27.0 og spesifisitet på 97.2. Dette tyder på at kriteriet 6 kan være bedre egnet som indikator for fravær og ikke for tilstedeværelse av diagnosen. Positiv prediksjonsverdi for kriteriene varierer fra 17.0 til 33.0, som i sin tur indikerer at kriteriene ofte er oppfylt av pasienter som ikke har diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette kan sees på som en effekt av den lave forekomsten av diagnosen i dette utvalget (base rate = 1.7 %).

De beste kriteriene, de med høyest sensitivitet og høy spesifisitet, er kriterier 1 (lovbrudd) og 3 (impulsivitet). Dette samsvarer godt med at disse kriteriene også har de høyeste ledd-til-trekk-korrelasjonene (Tabell 1.1., side 33).

Tabell 3.2.

Ungdomskriterier:	1	2	3	4	5	6	7...
Kriteriefrekvens (%)	6.7	5.2	1.6	3.0	2.0	0.4	0.3
Sensitivitet (%)	52.6	55.3	28.9	21.6	18.4	7.9	0.0
Spesifisitet (%)	93.9	95.6	98.9	97.2	98.2	99.7	99.7
Positiv prediksjon (%)	13.1	17.9	30.6	11.8	15.2	30.0	0.0
Negativ prediksjon (%)	99.1	99.2	98.8	98.6	98.6	98.4	98.3
Den samlede nøyaktighet (%)	93.2	94.9	97.7	96.0	96.8	98.1	98.0

...ungdomskriterier:	...8	9	10	11	12	13	14	15
Kriteriefrekvens. (%)	1.8	4.1	4.8	6.9	12.5	6.3	5.6	8.5
Sensitivitet (%)	15.8	36.8	55.3	50.0	73.7	50.0	34.2	39.5
Spesifisitet (%)	98.4	96.3	95.9	93.6	88.1	94.2	94.7	91.8
Positiv prediksjon. (%)	14.6	14.9	19.1	12.0	9.8	13.2	10.2	7.8
Negativ prediksjon (%)	98.5	98.9	99.2	99.1	99.5	99.1	98.8	98.9
Den samlede nøyaktighet (%)	97.0	95.3	95.2	92.8	87.9	93.5	93.6	90.9

Ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) skiller seg ut fra de andre kriteriene. Det er kun sju personer som oppfyller dette kriteriet, og ingen av disse har diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette kriteriet har dermed sensitivitet lik null. Sensitivitetsverdiene for resten av kriteriene varierer fra 7.9 (kriteriet 6) til 73.7 (kriteriet 12). Dette betyr at det er størst sannsynlighet for at man som ung har drevet med kriminalitet (kriteriet 12: nasking, tyveri) hvis man først har antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget. Kriteriet 12 er det beste ungdomskriteriet med høyest sensitivitet og høy spesifisitet.

Spesifisitetsverdiene er jevnt over høye, fra 88.1 til 99.7, noe som igjen indikerer høy sannsynlighet for at man ikke oppfyller det aktuelle kriteriet så lenge en ikke har diagnosen i dette utvalget. Positiv prediksjonsverdi for ungdomskriteriene varierer fra 9.8 til 30.6 (bortsett fra kriteriet nr 7 der den positive prediksjonsverdien er lik null). Dette betyr at mange i utvalget oppfyller enkelte kriterier uten å overstige diagnosens terskel på minst tre oppfylte voksenkriterier. Dette kan også sees på som en effekt av den lave forekomsten av diagnosen i dette utvalget (base rate = 1.7%). Verdiene for den samlede nøyaktighet av diagnosen ("overall accuracy") regnes ut ved at de sanne positive og sanne negative treff på hvert enkelt kriteri deles med antall pasienter fra hele utvalget. Disse verdiene er generelt høye og varierer fra 91.1 til 97.5% for voksenkriterier og fra 87.9 til 98.1% for ungdomskriterier, noe som indikerer at forskjellige kriteriekombinasjoner er tilnærmet like gode når det gjelder diagnostisk effektivitet.

De hyppigste voksenkriteriene hos menn med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget er kriteriet 1 (lovbrytende atferd) med forekomst på 81.0 % og kriteriet 5 (uansvarlig ringeakt for egen og andres sikkerhet) med forekomst på 76.2 %. Hos kvinner forekommer kriteriet 3 (impulsivitet) og kriteriet 1 (lovbrytende atferd) hyppigst av alle voksenkriteriene. Det er 82.4 % av de kvinnene som har diagnosen som også oppfyller kriteriet 3, og det samme gjelder for kriteriet 1. Det kriteriet som er minst fremtredende hos både menn og kvinner med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget er kriteriet 6 (økonomisk uansvarlighet), med forekomst på 33.3 % hos menn og 17.6 % hos kvinner.

Kriteriet som forekommer hyppigst av alle ungdomskriteriene hos både menn og kvinner i utvalget er kriteriet 12 (nasking, tyveri), med forekomst på 66.7 % hos menn og 82.4 % hos kvinner med diagnosen. Som allerede nevnt er det svakeste ungdomskriteriet kriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år). Kriteriet 6 (væpnet overfall, ran) er nest svakest i dette utvalget, med forekomst på 9.5 % hos menn og 5.9 % hos kvinner antisosial personlighetsforstyrrelse.

Antakelse 4

Det er forventet at pasienter med mange oppfylte diagnosekriterier vil rapportere større symptomtrykk og relasjonelle vansker enn de med få oppfylte kriterier. Antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse forventes i så måte å korrelere positivt med det oppgitte lidelsestrykket, funksjonsnivået og de relasjonelle vanskene.

Korrelasjonene mellom antall oppfylte kriterier og verdiene fra CIP ("Circumplex of Interpersonal Problems") og GSI ("The Global Severity Index") er lave ($r = .05$, $p < .05$; $r = .06$, $p < .01$; 2-tailed). Antall oppfylte kriterier korrelerer negativt med verdier fra GAF ($r = -.06$, $r = -.06$; $p < .01$, 2-tailed), noe som indikerer større lidelsestrykk (GAF-S) og dårligere funksjonsnivå (GAF-F) ("Global Assessment of Functioning- Symptome / Function"), jo flere kriterier man oppfyller (Tabell 4.1).

Siden høyere antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer positivt med høyt antall oppfylte kriterier for andre personlighetsforstyrrelsesdiagnose, er det også foretatt korrelasjonsanalyse der forekomst av de andre kriteriene er kontrollert for. Denne kontrollanalysen viser ingen direkte signifikante sammenhenger mellom kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse og verdiene fra GAF, CIP og GSI (Tabell 4.1).

Tabell 4.1

	Korrelasjoner			
	GAF-S	GAF-F	CIP	GSI
Kriterier for ASPF	-.062**	-.063**	.052*	.056**
Kriterier for ASPF når kontrollert for resten av pf-kriteriene.	.022	-.008	-.030	-.053

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *.at the 0.05 level (2-tailed).

Antakelse 5

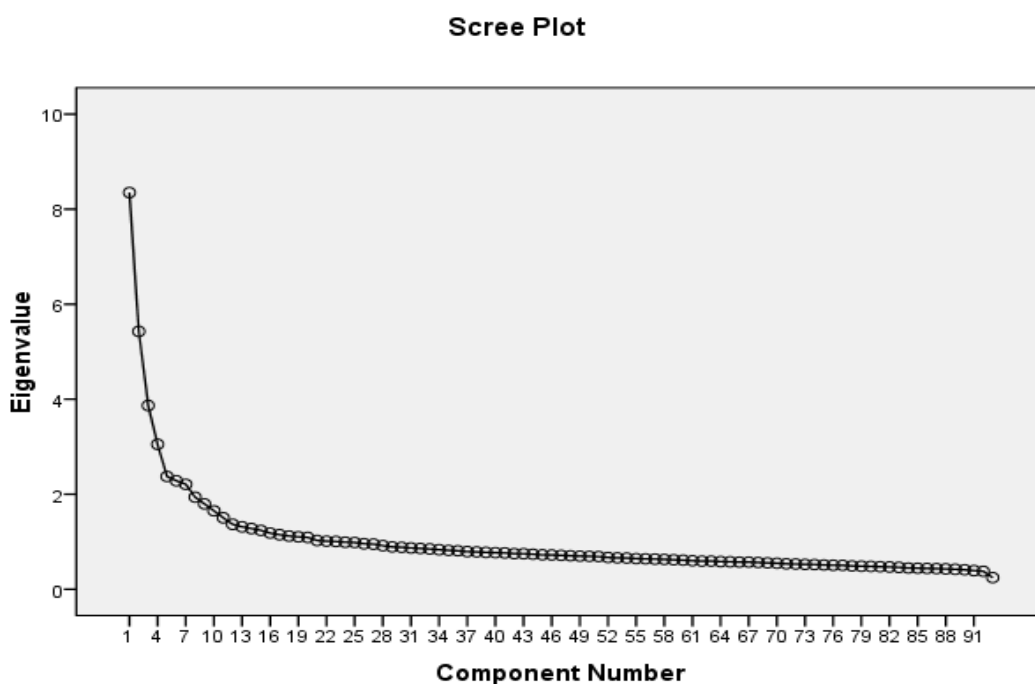
Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse danner en separat komponent blant samtlige av kriteriene for resten av personlighetsforstyrrelsene.

Faktoranalysene er gjort ved hjelp av eksplorerende prinsippal faktoranalyse (PCA) hvor "Varimax" er brukt som ekstraksjonsmetode og "Kaiser Normalization" som rotasjonsmetode. I første omgang er faktoranalysen gjort med alle kriteriene for samtlige av personlighetsforstyrrelser, unntatt kriteriet for blandet (NOS). I neste omgang er faktoranalysen repetert uten ungdomskriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse. Seleksjon for videreundersøkelse av de ulike faktorene er basert på utvelgelse av 10 faktorer hvor faktorladninger som er lavere enn .40 ikke er tatt med.

Prinsipal faktoranalyse for alle kriteriene (unntatt NOS) viser at ungdoms- og voksenkriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse gir ladninger på én og samme faktor. Grunnet mange ladninger er denne faktoren framstilt som den tydeligste blant de utvalgte ti. I tillegg gir voksenkriteriet nr 3 (impulsivitet) en ladning på .35 på den samme faktoren som samler resten av kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse, mens voksenkriteriet nr 7 (mangel på anger) gir en ladning på .33 på samme faktor som lades av kriteriene til narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Resten av kriteriene for personlighetsforstyrrelser gir ladninger i tråd med de diagnosene de tilhører (Vedlegg 2). "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" viser at kriterienes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse (KMO = .88) (Tabell 5.1).

Tabell 5.1.

	KMO and Bartlett's Test	
	Alle kriterier (unntatt NOS)	Alle kriterier (unntatt NOS og ungdomskriterier)
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	.876	.873



Scree plot for PCA, alle kriterier (unntatt NOS)

Faktoranalyse (PCA) av kriteriene når ungdomskriterier er fjernet viser igjen at kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse gir ladninger på en og samme faktor. Når ungdomskriteriene er fjernet, gir voksenkriteriet 3 (impulsivitet) en ladning på .24 og kriteriet 7 (mangel på anger) ladning på .20 på henholdsvis borderline- og narsissismefaktor (Vedlegg 2). "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" indikerer også her at kriterienes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse ($KMO = .87$) (Tabell 5.1).

Antakelse 6

Korrelasjonen mellom kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse og selve diagnosen skal være høyere enn mellom disse kriteriene og andre personlighetsforstyrrelsesdiagnoser.

Korrelasjonsanalysen er gjort med kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse som semikontinuerlige variabler ("ikke oppfylt, delvis oppfylt og helt oppfylt") og diagnoser personlighetsforstyrrelser som kategorielle variabler ("har / har ikke diagnose"). Dette er valgt først og fremst for å sammenligne størrelsene mellom korrelasjonene for antisosiale kriterier og andre personlighetsforstyrrelser, med korrelasjonene for antisosiale kriterier og diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse, og ikke for å vurdere korrelasjonenes størrelser alene.

Korrelasjonene mellom kriteriene og diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse er lave og varierer fra $r = .21$ for kriteriet 6 (økonomisk uansvarlighet) til $r = .31$ for kriteriet 7 (mangel på anger) ($p < .01$, 2-tailed). Samtlige kriterier viser signifikante korrelasjoner med borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, hvor særlig kriteriet 3 (impulsivitet) korrelerer noe sterkere med borderline enn med antisosial personlighetsforstyrrelse ($r = .33$ vs. $r = .32$, $p < .01$, 2-tailed). Ved nærmere undersøkelse viser det seg at kriteriet 3 (impulsivitet) korrelerer enda sterkere med borderline for kvinner alene ($r = .35$ vs. $r = .32$, $p < .01$, 2-tailed). For menn er korrelasjonene mellom dette kriteriet (impulsivitet) og henholdsvis antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse tilnærmet like ($r = .32$, $p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 3).

Det ser også ut til at det er noe sterkere sammenheng mellom kriteriet 2 (svikefullhet og løgnaktighet) og borderline enn mellom det og antisosial personlighetsforstyrrelse ($r = .17$ vs. $r = .16$, $p < .01$, 2-tailed) hos kvinnene. Videre er korrelasjonen mellom dette kriteriet hos kvinnene og narsissistisk personlighetsforstyrrelse tilnærmet lik den med antisosial ($r = .15$, $p < .01$, 2-tailed). Hos menn er korrelasjonen mellom kriteriet 2 og antisosial tydeligere enn med borderline personlighetsforstyrrelse ($r = .29$ vs. $r = .14$, $p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 3).

Kriteriet 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) viser også noe sterkere korrelasjon med borderline enn med antisosial personlighetsforstyrrelse hos kvinnene i utvalget ($r = .21$ vs. $r = .15$, $p < .01$, 2-tailed). Hos menn er dette kriteriet sterkere korrelert med antisosial enn med borderline personlighetsforstyrrelse ($r = .25$ vs. $r = .19$, $p < .01$, 2-tailed). Samtidig viser det seg nok en forskjell mellom kjønnene, nemlig forskjell knyttet til kriteriet 5 (uansvarlig ringeakt for egen og andres sikkerhet). Dette kriteriet utviser en noe sterkere korrelasjon med borderline enn med antisosial personlighetsforstyrrelse hos menn ($r = .27$ vs. $r = .24$, $p < .01$, 2-tailed). Hos kvinner er disse korrelasjonene på $r = .20$ og $r = .19$ med henholdsvis antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse ($p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 3).

I tillegg til signifikante positive korrelasjoner med borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, korrelerer diagnosens kriterier med følgende diagnoser fra akse II (DSM-IV): Kriterier 3 (impulsivitet), 5 (ringeakt for andres og egen sikkerhet) og 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) er positivt korrelert med histrionisk personlighetsforstyrrelse ($r = .08$; $.07$ og $.07$, $p < .01$, 2-tailed). Kriterier 1 (lovbrudd), 2 (svikfullhet), 3 (impulsivitet), 4 (aggresjon), 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) og 7 (mangel på anger) er positivt korrelert med paranoid personlighetsforstyrrelse ($r = .08$; $.05^*$; $.07$; $.09$; $.09$ og $.09$; $p < .01$ og

$p < .05^*$, 2-tailed), og da særlig hos menn. Hos kvinner er det kun aggresjon (kriteriet 4) som korrelerer med paranoid personlighetsforstyrrelse. Kriterier 3 (impulsivitet), 4 (aggresjon) og 7 (mangel på anger) er negativt korrelert med unnvikende personlighetsforstyrrelse ($r = -.07$; $p < .05$; og $-.05$; $p < .05$, 2-tailed). Kriteriet 3 (impulsivitet) viser en svak positiv korrelasjon med avhengig personlighetsforstyrrelse ($r = .05$, $p < .05$, 2-tailed) (Vedlegg 3).

Korrelasjonsanalysen er også gjort med antisosiale kriterier som dikotomiserte variabler og med diagnoser antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse, fortsatt som kategorielle variabler. Dette er gjort for å se nærmere på de korrelasjonene som var høyere for borderline enn for antisosial personlighetsforstyrrelse, nemlig korrelasjoner med kriterier 2 (svikefullhet, lognaktighet), 3 (impulsivitet) og 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) hos kvinner og korrelasjonen med kriteriet 5 (ringeakt for egen og andres sikkerhet) hos menn. I denne korrelasjonsanalysen korrelerer samtlige av kriteriene bedre med antisosial enn med borderline personlighetsforstyrrelse, både hos menn og hos kvinner. To kriterier viser svakt bedre, eller tilnærmet lik, korrelasjon med antisosial som med borderline personlighetsforstyrrelse, nemlig, kriterier 5 og 6. Kriteriet 5 (ringeakt for egen og andres sikkerhet) som korrelerte sterkere med borderline hos menn i utvalget, korrelerer nå noe bedre med antisosial personlighetsforstyrrelse ($r = .27$ med antisosial vs. $r = .26$ med borderline, $p < .01$, 2-tailed). Kriteriet 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) som hadde bedre korrelasjon med borderline hos kvinner viser nå noe bedre korrelasjon med antisosial personlighetsforstyrrelse ($r = .12$ vs. $r = .11$ med borderline, $p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 3).

Antakelse 7

Kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse er uttrykk for latente faktorer, som for eksempel impulsivitet og aggresjon. Det vil si at ved faktoranalysering vil de beslektede kriteriene gi ladninger på de samme faktorene og på den måten antyde flerfaktorstrukturen i diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette gjelder både for ungdoms- og for voksenkriterier. Det forventes å være en sammenheng mellom faktorstrukturene fra ungdomskriterier og faktorstrukturene fra voksenkriterier.

Faktoranalysene er igjen gjort ved hjelp av prinsipal faktoranalyse (PCA) hvor "Varimax" er brukt som ekstraksjonsmetode og "Kaiser Normalization" som rotasjonsmetode. Her er seleksjon for videreundersøkelse av de ulike faktorene basert på "eigenvalues" som er høyere enn 1.0. Faktorladninger som er lavere enn .40 er ikke tatt med.

Siden prinsipal faktoranalyse ikke separerer ut feil- og spesifikk varians, er kontrollanalyse gjort med prinsipal akse-faktoranalyse, og denne har gitt støtte for faktorstrukturene fra prinsipal faktoranalyse. Det er gjort ulike varianter av faktoranalysen (PCA). Først er ungdoms- og voksenkriterier faktoranalysert sammen i hele utvalget. Her gir voksenkriterier ladninger på en faktor og ungdomskriteriene fordeler seg over fire andre faktorer (Vedlegg 4).

Ungdoms- og voksenkriterier er dermed videreundersøkt separat. Ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til sex før fylte 15 år) står alene i faktorstrukturene. Dette kriteriet har dårlig korrelasjon med de andre kriteriene og siden ingen av de med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget oppfyller dette kriteriet, er det fjernet fra videre faktoranalyser. Forekomst av diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget er lav (base rate= 1.7%). For å øke antall subjekter er faktoranalysene gjort med de pasientene som oppfyller minst ett ungdomskriteri (ved faktoranalyser av ungdomskriterier) eller minst ett voksenkriteri (ved faktoranalyser av voksenkriterier).

7.1. Faktoranalyse av ungdomskriterier

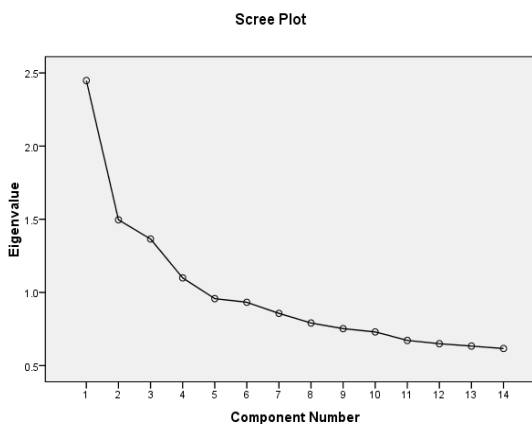
Det selekterte utvalget for denne faktoranalysen består av alle pasienter med minst ett oppfylt ungdomskriteri. "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" indikerer at kriterienes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse ($KMO = .72$).

Faktorladninger over .70 er tilfredsstillende fordi kommunaliteten til kriteriet dermed er ca .50. Det vil si at valid varians utgjør ca 50%. Ladninger under .30 er lite tilfredsstillende fordi valid varians bare er ca 10%. Ladninger mellom .30 og .70 bør vurderes spesielt i forhold til antall, om de lader jevnt på flere faktorer og ut fra kriterienes innhold (Christophersen, 2006).

Faktoranalysen av ungdomskriterier avdekker fire faktorer. Den første faktoren får ladninger fra kriterier som omfatter voldelig og relasjonell aggressiv atferd. Den andre faktoren får ladninger fra vagabonderingsatferd. Den tredje er ladet med kriterier som beskriver ulike former for vandaliserings og aggressiv atferd. Mens den fjerde faktoren lades av kriminell og normbrytende atferd (Tabell 7.1) Faktoranalysen for ungdomskriterier er også gjort separat for kvinner og menn. Prosedyren for faktoranalysen er den samme, bortsett fra at denne gangen er det eksplisitt bedt om firefaktorsfordeling både for menn og for kvinner for å se sammenhenger med de fire faktorstrukturene fra den ovennevnte faktoranalysen (Tabell 7.2).

Tabell 7.1. Faktoranalyse av ungdomskriterier for menn og kvinner sammen

Ungdomskriterier	Faktorer			
	1	2	3	4
1 truet andre	.740			
2 slåsskamper	.727			
4 påført andre smerte	.655			
3 brukte våpen	.447	.440		
14 ute om natta før 13		.698		
13 ute om natta før 15		.601		
15 skoleskulk før 13		.594		
5 plaget dyr			.643	
8 stiftet brann			.561	
9 ødelagt ting			.558	
6 ranet folk			.450	
12 tyveri				.708
11 løgner				.630
10 innbrudd				.432



Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax & Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 6 iterations. KMO = .721.

Tabell 7.2. Faktoranalyse av ungdomskriterier – kjønnsforskjeller

Menn					Kvinner				
	1	2	3	4		1	2	3	4
3 brukte våpen	.699				2 slåsskamper	.747			
14 ute om natta før 13	.613				1 truet andre	.675			
6 ranet folk	.599				4 påført andre smerte	.647			
13 ute om natta før 15	.518				3 brukte våpen	.562			
15 skoleskulk før 13	.496				9 ødelagt ting				
1 truet andre		.781			14 ute om natta før 13		.774		
2 slåsskamper		.708			13 ute om natta før 15		.657		
4 påført andre smerte		.571			15 skoleskulk før 13		.554		
12 tyveri			.812		12 tyveri			.626	
11 løgner			.624		11 løgner			.502	
10 innbrudd			.535		10 innbrudd			.500	
					8 stiftet brann			.419	
8 stiftet brann				.725					
5 plaget dyr				.609	6 ranet folk				.700
9 ødelagt ting				.502	5 plaget dyr				.659

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax & Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 6 iterations. (KMO menn = .789; KMO kvinner = .787).

Den første faktoren hos menn lades mest av kriterier knyttet til vagabonderingsatferd (kriterier 13, 14 og 15) og voldelig kriminell atferd (kriterier 3 og 6). Hos kvinner er den første faktoren ladet med ulike former for voldelig aggressiv atferd (kriterier 1, 2, 3, 4 og 9). Den andre faktoren samler kriterier om vold og relasjonell aggresjon hos menn (kriterier 1, 2 og 4), mens hos kvinner er den ladet med kriterier knyttet til vagabondering (kriterier 13, 14 og 15). Den tredje faktoren har tilnærmet lik struktur hos menn og kvinner og lades av kriminell og normbrytende atferd (kriterier 10, 11 og 12). I tillegg får denne faktoren en ladning på .42 fra kriteriet 8 (anstiftet brann) hos kvinner. Den fjerde faktoren lades av forskjellige kriterier hos menn enn hos kvinner. Hos mennene er denne faktoren av noe mer utpreget vandaliseringskarakter (kriterier 5, 8 og 9) mens hos kvinner får denne faktoren ladninger fra kriterier 5 og 6 ("plaget dyr" og "ranet folk") (Tabell 7.2).

Til tross for disse forskjellene, er det fortsatt likheter mellom kvinner og menn som er mest slående her. Ladningene er jevnt over moderate og høye slik at faktorenes rekkefølge spiller en mindre sentral rolle. Kriminalitet, vold og aggresjon, og vagabonderingsatferd ser ut til å være tre tydelige faktorer både hos menn og kvinner, med en fjerde faktor som i ulik grad bærer preg av sadisme og vandalisering.

7.2. Faktoranalyse av voksenkriterier

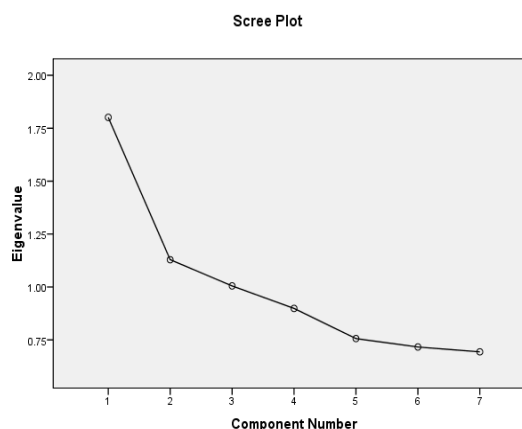
Et forsøk på å faktoranalysere voksenkriterier i hele utvalget (både de uten og med oppfylte kriterier) har gitt utslag for kun én komponent (Vedlegg 4). Dette kan forstås som en effekt av lav forekomst av antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget. Dermed er bare de med minst ett oppfylt voksenkriterium tatt med i faktoranalysen. Siden utvalget består av ca tre ganger så mange kvinner som menn, og antisosial personlighetsforstyrrelse er tre ganger hyppigere hos menn enn hos kvinner i utvalget, er det gjort separate faktoranalyser for begge kjønn.

7.2.1. Menn

Prinsippal faktoranalyse for menn med minst ett voksenkriterium avdekker tre faktorer. "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" indikerer at kriterienes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse ($KMO = .66$). Den første faktoren lades av kriterier som indikerer mangel på anger og gjentakende lovstridig atferd (kriterier 1, 2 og 7). Den andre faktoren får ladninger av kriterier knyttet til impulsivitet (kriterier 3 og 6) mens den tredje faktoren lades av aggresjon og uansvarlig ringeakt for egen og andres sikkerhet (Tabell 7.3).

Tabell 7.3. Faktoranalyse av voksenkriterier hos menn

Menn	Faktorer		
	1	2	3
7 mangel på anger	.770		
1 lovbrøytende atferd	.642		
2 svikfullhet, løgner	.526		
3 impulsivitet		.743	
6 økonomisk uansvarlighet		.589	
4 aggressivitet			.745
5 uansvarlig ringeakt			.732



Extraction Method: Principal Comp. Analysis. Rotation Method: Varimax & Kaiser Normal.

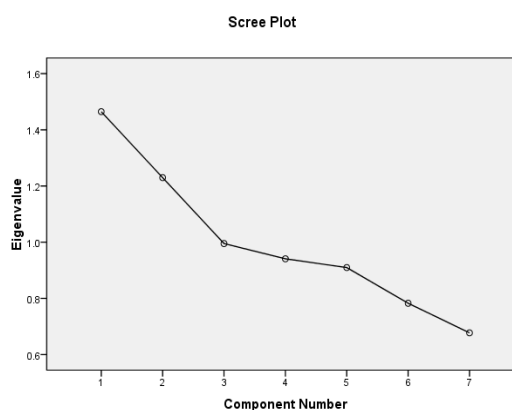
a. Rotation converged in 7 iterations. KMO = .656.

7.2.2. Kvinner

Prinsipal faktoranalyse for kvinner med minst ett voksenkriteri avdekker to faktorer. "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" indikerer at kriterienes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse (KMO = .54).

Tabell 7.4. Faktoranalyse av voksenkriterier hos kvinner

Kvinner	Faktorer	
	1	2
2 svikfullhet, løgner	.612	
1 lovbrøytende atferd	.602	
7 mangel på anger	.583	
6 økonomisk uansvarlighet	.425	
5 uansvarlig ringeakt		-.789
4 aggressivitet		.602
3 impulsivitet		.405



Extraction Method: Principal Comp. Analysis. Rotation Method: Varimax & Kaiser Normal.

a. Rotation converged in 3 iterations. KMO = .535.

Den første faktoren lades av de samme kriteriene som den første faktoren hos menn, og i tillegg får den ladning fra kriteriet 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet). Den andre faktoren lades av kriteri 4 (irritabilitet og aggresjon) og kriteri 3 (impulsivitet) (Tabell 7.4).

7.3. Sammenheng mellom ungdoms- og voksenfaktorer

Det forventes å være en sammenheng mellom faktorene som lades av ungdomskriteriene og faktorene som lades av voksenkriteriene. Dette er undersøkt med hjelp av "Pearson's Correlation Coefficient" hvor manglende data ("missing values") er ekskludert parvis. Sammenhenger mellom ungdoms- og voksenkriterier er undersøkt separat for kvinner og menn. Bivariat reliabilitetsanalyse av ungdoms- og voksenfaktorer hos menn avdekker lave korrelasjoner mellom voksenfaktor 1 ("kriminalitet") og ungdomsfaktorer 3 ("kriminalitet") ($r = .32, p < .01$) og 4 ("vandalisme") ($r = .20, p < .01$; 2-tailed), mellom voksenfaktor 2 ("impulsivitet") og ungdomsfaktor 4 ("vandalisme") ($r = .16, p < .01$; 2-tailed), og mellom voksenfaktor 3 ("aggresjon") og ungdomsfaktorer 2 ("aggresjon") ($r = .18, p < .01$), 3 ("kriminalitet") ($r = .19, p < .01$) og 4 ("vandalisme") ($r = .17, p < .01$; 2-tailed).

For kvinner i utvalget er det signifikante sammenhenger mellom voksenfaktor 1 ("kriminalitet") og ungdomsfaktorer 3 ("kriminalitet") ($r = .26, p < .01$), 1 ("aggresjon") ($r = .13, p < .01$), og 2 ("vagabondering") ($r = .12, p < .05$; 2-tailed). Det er også signifikante korrelasjoner mellom voksenfaktor 2 ("impulsivitet og aggresjon") og ungdomsfaktorer 1 ("aggresjon") ($r = .24, p < .01$), 2 ("vagabondering") ($r = .13, p < .01$) og 3 ("kriminalitet") ($r = .18, p < .05$; 2-tailed).

Antakelse 8

Faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse vil korrelere positivt med resten av diagnosene fra Cluster B. Like positive sammenhenger er ikke forventet med diagnosene fra Cluster A og C (akse II, DSM-IV).

Korrelasjonene mellom faktorene til antisosial personlighetsforstyrrelse og resten av personlighetsforstyrrelsene er undersøkt med hjelp av "Pearson's Correlation Coefficient". Samtlige av faktorene, både hos menn og hos kvinner, korrelerer med narsissistisk og borderline personlighetsforstyrrelse ($p < .01$; 2-tailed). Den sterkeste korrelasjonen foreligger mellom faktor 2 hos kvinner ("aggresjon / impulsivitet") og borderline personlighetsforstyrrelse ($r = .35, p < .01$; 2-tailed) (Tabell 8.1).

Faktor 2 og 3 hos menn, og begge faktorene hos kvinner korrelerer med histrionisk personlighetsforstyrrelse ($p < .01$ hos menn og $p < .05$ hos kvinner; 2-tailed). I tillegg korrelerer alle faktorene med paranoid personlighetsforstyrrelse ($p < .01$; 2-tailed). Faktor 3 hos menn ("aggresjon") og faktor 2 hos kvinner ("aggresjon / impulsivitet") korrelerer negativt med unnvikende personlighetsforstyrrelse ($r = -.05$, $p < .05$; $r = -.07$, $p < .01$; 2-tailed). Det er også en lav korrelasjon mellom faktor 2 hos menn ("impulsivitet") og avhengig personlighetsforstyrrelse ($r = .05$, $p < .05$; 2-tailed) (Tabell 8.1).

Tabell 8.1. Sammenhenger mellom faktorer og andre personlighetsforstyrrelser

Faktorer:	Menn			Kvinner	
	1. krim.	2. imp.	3. agg.	1. krim.	2. agg./imp.
Schizotyp	.013	-.001	.021	.017	-.013
Schizoid	-.007	-.009	-.006	-.006	-.014
Paranoid	.085**	.099**	.069**	.100**	.103**
Narsissistisk	.111**	.113**	.097**	.123**	.094**
Borderline	.210**	.315**	.245**	.233**	.354**
Histrionisk	.030	.094**	.073**	.051*	.075*
Unnvikende	-.039	-.025	-.049*	-.018	-.070**
Tvangspreget	.016	-.008	-.012	.016	-.020
Avhengig	.028	.046*	-.011	.030	.026

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Samtlige av disse faktorstrukturene er også korrelert opp mot diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette er gjort for å undersøke styrken i disse korrelasjonene i lys av korrelasjonene med borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse. For å unngå å korrelere de samme kriteriene opp mot seg selv, siden de inngår både i faktorene og i diagnosen, og på denne måten unngå kunstig høye korrelasjoner, er det laget fem alternative diagnoser for antisosial personlighetsforstyrrelse. Disse alternative diagnosene består av de kriteriene som ikke inngår i faktorstrukturen som diagnosen korreleres opp mot. For eksempel, ved korrelasjonsanalysen av faktor 1 for menn ("kriminalitet") er kriteriene 1. lovbrudd, 2. svikefullhet og 7. mangel på anger, fjernet fra diagnosen siden disse kriteriene inngår i faktorstrukturen. Korrelasjonene mellom faktorstrukturene og de korrigerte diagnosealternativene for antisosial personlighetsforstyrrelse er jevnt over moderate og varierer fra $r = .48$ til $r = .56$ ($p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 5).

Antakelse 9

Antisosal personlighetsforstyrrelse framstår som en egen konstrukt uten ha noen spesifikke assosiasjoner med symptomidelser (akse I, DSM-IV).

Det er registrert 23 forskjellige diagnoser fra akse I hos pasientene med antisosal personlighetsforstyrrelse i utvalget, mens 5.3 % av disse pasientene ikke har noen tilleggsdiagnose fra akse I (DSM-IV) (Figur 1.2). Siden det er lav forekomst for antisosal personlighetsforstyrrelse i utvalget (base rate = 1.7%), kan få personer med enkelte akse I lidelser gjøre store prosentmessige utslag i denne pasientgruppen. For å se nærmere på variasjonen og gjennomsnittsskårene for akse I lidelser i pasientgruppene med og uten antisosal personlighetsforstyrrelse er disse undersøkt ved hjelp av signifikantesting. "Levene's test for equality of variances" og "T-test for Equality of Means" ("Independent-samples t-test") er brukt i denne undersøkelsen.

Ved signifikantesting av forekomst av akse I lidelser hos pasienter med antisosal personlighetsforstyrrelse og deres forekomst ellers i utvalget, er det tre diagnoser som skiller seg ut. Det er posttraumatisk stressyndrom (309.81) sosial fobi (300.23) og alvorlig depressiv episode (296.20; DSM-IV). Variansen og gjennomsnittsskårene for posttraumatisk stressyndrom er signifikant forskjellige mellom pasientgruppen med antisosal personlighetsforstyrrelse og resten av utvalget ($F = 17.66$, $p < .01$; $M = .21$, $SD = .41$; $M = .10$, $SD = .29$; $p < .05$, 2-tailed). Variansen og gjennomsnittsskårene er også signifikant forskjellige når det gjelder diagnosen sosial fobi mellom pasienter med og uten antisosal personlighetsforstyrrelse ($F = 43.43$, $p < .01$; $M = .13$, $SD = .34$; $M = .31$, $SD = .46$; $p < .05$, 2-tailed) (Vedlegg 6).

Variansen for alvorlig depressiv episode i resten av utvalget er ikke signifikant forskjellig fra variansen blant de med antisosal personlighetsforstyrrelse ($F = 1.92$, $p = .17$), mens gjennomsnittsskårene i disse to gruppene er signifikant forskjellige ($M = .56$, $SD = .49$; $M = .40$, $SD = .49$; $p < .05$, 2-tailed) (Vedlegg 6).

"Pearson Correlation Coefficient" gir støtte for en svak men signifikant sammenheng mellom antisosal personlighetsforstyrrelse og posttraumatisk stressyndrom ($r = .05$, $p < .05$, 2-tailed). Denne sammenhengen er tydeligere enn mellom posttraumatisk stressyndrom og resten av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene (Tabell 9.1).

Tabell 9.1.

Akse I:	PTSD	Alvorlig depressiv episode	Sosial fobi
Antisosial	.051*	-.043*	-.048*
Borderline	.000	-.086**	-.053*
Narsissistisk	-.029	-.031	-.048*
Histrionisk	-.022	-.021	-.029
Paranoid	-.002	.022	.003
Schizotyp	.041*	-.016	.032
Schizoid	-.011	-.006	.000
Unnvikende	-.001	.058**	.317**
Tvangspreget	-.008	-.004	-.039
Avhengig	-.019	.013	-.023

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *.at the 0.05 level (2-tailed).

Korrelasjonsanalysen avdekker også svake negative korrelasjoner mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og alvorlig depressiv episode ($r = -.04$, $p < .05$, 2-tailed), og sosial fobi ($r = -.05$, $p < .05$, 2-tailed) (Tabell 9.1).

For å se hvilke faktorer ved diagnosen korrelerer best med posttraumatisk stressyndrom, og negativt med alvorlig depressiv episode og sosial fobi, er det foretatt korrelasjonsanalyse for disse variablene. Igjen er "Pearson Correlation Coefficient" brukt. Her viser det seg at aggresjon og impulsivitet som samlet faktor er den eneste faktoren som korrelerer med posttraumatisk stressyndrom ($r = .05$, $p < .05$, 2-tailed). Denne faktoren viser også en svak men signifikant negativ sammenheng med sosial fobi ($r = -.06$, $p < .01$, 2-tailed) Samtlige av faktorene, unntatt aggresjon, korrelerer negativt med alvorlig depressiv episode ($r = -.10$; $-.11$; $-.10$; $-.09$; $p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 7).

Antakelse 10

Misbruk av alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer forventes å være positivt korrelert med antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse.

Det er 31.5 % av alle pasientene med antisosial personlighetsforstyrrelse som misbruker alkohol, narkotiske stoffer eller medikamenter. Andelen av de som misbruker disse stoffene i utvalget er på 13.4 % (Figur 2). Forskjeller i forekomsten av misbruk hos pasienter med og

uten antisosial personlighetsforstyrrelse er statistisk signifikante ($F = 5.29$, $p < .05$; $M = 109.6$, $SD = .83$; $M = 105.4$, $SD = 18.46$; $p < .05$, 2-tailed).

Bivariat reliabilitetsanalyse ("Pearson Correlation Coefficient") er gjennomført for å undersøke sammenhenger mellom oppfylte diagnosekriterier og misbruk av alkohol, narkotika og medikamenter. Analysen avdekker lave signifikante korrelasjoner mellom antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse og misbruk av de ovennevnte stoffene, med svakest korrelasjon for alkohol- og tydeligst korrelasjon for medikamentmisbruk og ($r = .19$, $r = .25$, $r = .29$; $p < .01$, 2-tailed) (Tabell 10.1).

Korrelasjonene mellom antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse og alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk viser seg å være mest positive sammenlignet med korrelasjonene mellom alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk og resten av personlighetsforstyrrelsene (personlighetsforstyrrelse NOS er ikke tatt med i analysen) (Tabell 10.1).

Tabell 10.1.

	Alkohol	Narkotika	Medikamentmisbruk
Kriterer for:			
Antisosial	.191**	.250**	.285**
Borderline	.147**	.136**	.192**
Narsissistisk	.039	.046*	.067**
Histrionisk	.031	.030	.031
Paranoid	.034	.020	.047*
Schizotyp	.026	.049*	.053*
Schizoid	.018	.009	.026
Unnvikende	.013	-.055**	-.015
Tvangspreget	-.038	-.023	-.034
Avhengig	.020	-.034	.010

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Det er også gjort tilleggsanalyser for å undersøke om noen spesifikke komponenter (faktorer) av diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer bedre enn andre med alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk. Her er "Pearson Correlation Coefficient" brukt igjen. Det viser seg at samtlige av komponentene har jevnt over lave men signifikante korrelasjoner med disse typer misbruk. Korrelasjonsverdiene varierer fra $r = .09$ til $r = .28$ (gjennomsnitt $r = .20$, $p < .01$, 2-tailed) (Vedlegg 7).

8. Diskusjon

8.1. Drøfting av resultater

Antakelse 1

Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse har en akseptabel intern konsistens, noe som også gjenspeiler seg i høy Cronbach's Alpha verdi. Dette gjelder både for ungdomskriterier og for voksenkriterier. Når ungdoms- og voksenkriterier slås sammen vil Cronbach's Alpha verdi øke som en indikasjon på god sammenheng mellom disse kriteriene.

Bortsett fra ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år), tilfredsstillte samtlige av ungdoms- og voksenkriteriene krav om akseptabel intern konsistens. Dette kriteriet viser svakest sammenheng med de andre kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget. Resten av ungdoms- og voksenkriteriene henger godt sammen. Slik det er antatt, øker verdien i Cronbach's Alpha når disse slås sammen, og gir støtte til hypotesen om god sammenheng mellom ungdomskriterier for atferdsforstyrrelse og voksenkriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse.

Blant voksenkriteriene ser vi den tydeligste sammenhengen mellom kriteriet 3 (impulsivitet) og kriteriet 1 (lovbrytende atferd). Dette tyder på impulsivitet og manglende evne til å planlegge oftest følger den lovbrytende atferden hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget. Impulsivitet er identifisert som en underliggende felles dimensjon for alle personlighetsforstyrrelser fra Cluster B, med klareste implikasjon for antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse (Looper & Paris, 2000). Det faktum at dette utvalget preges av langt flere pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse som ikke utviser lovbrytende atferd, påkaller forsiktighet i forhold til konklusjoner om denne sammenhengen. Man kan streve med impulsivitet og manglende evne til å planlegge, men man blir ikke nødvendigvis kriminell av det, selv om disse to forholdene følger godt hverandre hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget.

Antakelse 2

Antisosial personlighetsforstyrrelse er ingen avgrenset homogen kategori. Antall oppfylte kriterier er gradvis fordelt med flere personer som oppfyller få, og færre som oppfyller mange kriterier. Ved diagnosens terskel på minst tre oppfylte voksenkriterier (i tillegg til minst tre

oppfylte ungdomskriterier) vil den nedgående fordelingen forstette med flere personer med to enn med tre oppfylte kriterier. Dette gjelde både for ungdoms- og voksenkriterier.

Både ungdoms- og voksenkriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse fordeler seg med gradvis nedgang i antall personer desto flere kriterier som blir oppfylt. Dette gir indikasjoner på at diagnosen ikke er en separat og avgrenset kategori, som man enten har eller ikke har, men heller et uttrykk for en dimensjonal struktur der mange mennesker har ulike grader av den. Dette er også i tråd med en rekke andre studier som bekrefter diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse som en dimensjon som eksisterer over et kontinuum (Marcus, Ruscio, Lilienfeld & Hughes, 2008; Torgersen et al., 2008).

Antakelse 3

Indisier for diagnostisk effektivitet ("diagnostic efficiency") skal være akseptable. Diagnosekriteriene skal kunne fange opp de pasientene som har diagnosen, mens fravær av oppfylt kriteri skal kunne tilsi økt sannsynlighet for fravær av diagnosen.

Tatt i betraktning den lave forekomsten av diagnosen i dette utvalget, er det generelt god diagnostisk effektivitet knyttet til kriteriene. De egner seg godt til å differensiere ut de pasientene med diagnosen fra de uten diagnosen. De beste kriteriene (med høy sensitivitet og spesifisitet, og samtidig med de høyeste ledd-til-trekk-korrelasjonene) er kriterier 1 (lovbrytende atferd) og 3 (impulsivitet). Hos menn er det lovbrøtende atferd (kriteriet 1) som slår tydeligst ut, mens hos kvinner i utvalget er impulsivitet (kriteriet 3) like bra som lovbrøtende atferd (kriteriet 1). Denne lille kjønnsforskjellen er også interessant i lys av det ovennevnte sterke korrelasjonsforholdet mellom lovbrøtende atferd og impulsivitet (antakelse 1), der det nå skapes rom for antakelse om at det nettopp er kvinnene som trekker denne korrelasjonen opp.

Det kriteriet som er minst fremtredende, både hos menn og hos kvinner med antisosial personlighetsforstyrrelse, er kriteriet nr 6 (økonomisk uansvarlighet). Selv om dette viser seg å være et svakt kriteri i dette utvalget, er det betimelig å undersøke om dette kriteriet ville slått sterkere ut om utvalget også hadde bestått av pasienter med alvorlig aggresjonsproblematikk eller alkohol- og narkotikamisbruk, altså de som er rammet av ekskluderingskriteriene.

Blant ungdomskriteriene er det igjen kriminalitet som veier tyngst, (ungdomskriteriet nr 12: nasking, tyveri) både hos menn og kvinner. Sett i lys av kommentarene om DSM-IV som en diagnostisk manual som overfokuserer på kriminell atferd (Widiger & Corbit, 1996), kan vi her si at DSM-IV bekrefter seg selv. Det er det kriminelle og lovbrystende som tar en sentral plass i diagnoseprofilen, både når det gjelder ungdoms- og når det gjelder voksenkriteriene.

Det svakeste ungdomskriteriet er kriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år). Det er kun sju personer som oppfyller dette kriteriet, og ingen av disse har diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Tre av dem har borderline personlighetsforstyrrelse, to har paranoid og én har unnnvikende personlighetsforstyrrelse. Den siste med dette kriteriet har panikklidelse uten agorafobi (300.01, DSM-IV) og ingen personlighetsforstyrrelse. Dette forklarer også de svake korrelasjonene som dette kriteriet har med resten av ungdomskriteriene (antakelse 1).

Antakelse 4

Det er forventet at pasienter med mange oppfylte diagnosekriterier vil rapportere større symptomtrykk og relasjonelle vansker enn de med få oppfylte kriterier. Antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse forventes i så måte å korrelere positivt med det oppgitte lidelsestrykket, funksjonsnivået og de relasjonelle vanskene.

Når antall oppfylte diagnosekriterier korreleres opp mot rapportert lidelsestrykk, funksjonsnivå og relasjonelle vansker, ser vi de forventede sammenhengene. De som skårer mange kriterier strever også med mer alvorlig lidelsestrykk, har mer nedsatt funksjonsnivå og mer alvorlige relasjonelle vansker.

Disse sammenhengene svekkes når vi kontrollerer for antall oppfylte kriterier for andre akse II- diagnoser. Før vi trekker konklusjonen om at det er de andre diagnosenes kriterier som trekker opp disse korrelasjonene, er det viktig å minnes lav forekomst av antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget. I tillegg er det et sjeldent tilfelle at antisosial personlighetsforstyrrelse opptrer alene som den eneste diagnosen. Komorbiditet med andre diagnoser er mer en regel enn et unntak (Skodol, 2005). Det gjelder også for dette utvalget, slik at kontroll av oppfylte kriterier for andre akse II-diagnoser i et utvalg med lav forekomst av antisosial personlighetsforstyrrelse kan være med på å redusere datamateriale for korrelasjonsanalysen til et nivå der det er vanskelig å avdekke signifikante sammenhenger.

Likevel, sett i sin helhet, er pasienter med flere oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse plaget av større lidelsestrykk, de har mer nedsatt funksjonsnivå og mer alvorlige relasjonelle vansker enn de med færre oppfylte kriterier i dette utvalget.

Antakelse 5

Kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse danner en separat komponent blant samtlige av kriteriene for resten av personlighetsforstyrrelsene.

Kriterienes korrelasjonsmønster egner seg godt for faktoranalyse og kriteriene danner en separat komponent i faktoranalysen med resten av akse II-kriteriene. Grunnet mange solide ladninger (ungdoms- og voksenkriterier sammen) kommer denne komponenten ut som den sterkeste av alle. Igjen er det lovbrytende atferd som slår sterkest ut og gir de største ladningene både blant voksen- og ungdomskriterier. Ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) er fjernet fra disse analysene grunnet kriteriets svake sammenheng med diagnosen. De svakeste ladningene kommer fra voksenkriteriet nr 6 (økonomisk uansvarlighet) og ungdomskriteriet nr 5 (plaget dyr før fylte 15 år). Lovbrytende atferd som det sterkeste kriteriet og økonomisk uansvarlighet som det svakeste, er en tendens som vi også har sett ved frekvensanalyser (antakelse 3).

I den samme faktoranalysen ser vi at voksenkriterier nr 3 (impulsivitet) og nr 7 (mangel på anger) også gir ladninger på komponenter som lades av kriteriene til henholdsvis borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Dette kan forstås som et uttrykk for impulsivitet som en underliggende dimensjon for Cluster B-diagnoser med sterkest implikasjon for antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse (Looper & Paris, 2000). På den andre siden kan det antas at den narsissistiske delen av antisosial personlighetsforstyrrelse (mangel på anger), som sees på som neglisjert i diagnoseprofilen fra DSM-IV (Widiger & Corbit, 1996), viser som forventet en sammenheng med narsissistisk personlighetsforstyrrelse, noe som er i tråd med tenkningen til R. Hare (1991) og O. Kernberg (1992).

Disse ladningene blir noe svakere når ungdomskriteriene fjernes fra faktoranalysen, samtidig som deres ladninger øker på komponenten for antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette gir belegg for å tenke at sammenhengen mellom impulsivitet (kriteriet 3) og mangel på anger (kriteriet 7) med henholdsvis borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse også går om ungdomskriteriene, slik at de med disse diagnosene (og også disse to oppfylte kriteriene) kan

ha oppfylt enkelte ungdomskriterier for atferdsforstyrrelse men uten nødvendigvis å ha utviklet antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Som nevnt tidligere, er det 45% av de 214 pasienter med minst tre oppfylte ungdomskriterier som har diagnosen borderline, sammenlignet med 18% som har antisosial personlighetsforstyrrelse.

Antakelse 6

Korrelasjonen mellom kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse og selve diagnosen skal være høyere enn mellom disse kriteriene og andre personlighetsforstyrrelsesdiagnoser.

Korrelasjonsanalysen som er foretatt med dikotomiserte skårer fra SCID-II, der subbterskel-skåren (skåre 2) er gjort om til ”ikke oppfylt kriteri”, viser at kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer best med sin respektive diagnose. Dette tyder på at diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget hviler trygt på sine kriterier.

Slik det er forventet ut fra studier om felles underliggende dimensjoner for Cluster B-diagnoser (Looper & Paris, 2000; Torgersen et al., 2008) viser det seg at kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer generelt bedre med diagnosene fra Cluster B enn med diagnosene fra Cluster A og C. De sterkeste korrelasjonene er med og borderline personlighetsforstyrrelse, noe som kan indikere et sterkere forhold mellom disse diagnosene i dette utvalget. Dette gjelder særlig for kriterier 2 (svikfullhet), 3 (impulsivitet) og 6 (vedvarende økonomisk uansvarlighet) hos kvinnene i utvalget.

Det er interessant å merke seg at disse korrelasjonene øker ytterligere når også subbterskelskårene tas med i korrelasjonsanalysen (altså, når skårene fra SCID-II ikke er dikotomisert). Da korrelerer disse tre kriteriene hos kvinner bedre med borderline enn med antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette kan tyde på at i et ”borderline-tungt” utvalg, og med mange kvinner, slik dette utvalget er, hvor mange skårer på subbterskelnivå på kriteriene knyttet til impulsivitet og manglende evne til å stå i økonomiske forpliktelser over tid, vil disse kriteriene være svake diskrimineringskriterier mellom borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse hos kvinner.

De svakeste korrelasjonene mellom kriteriene til antisosial og en annen Cluster B-diagnose, er korrelasjonene med histrionisk personlighetsforstyrrelse. Korrelasjonen er tydeligst hos kvinner, men kun for to kriterier, nemlig kriterier 3 (impulsivitet) og 5 (ringeakt for egen og

andres sikkerhet). Impulsivitet går igjen som et kriteri som skaper gjenklang i samtlige av Cluster B-diagnosene, og på denne måten gir støtte til antakelsen om impulsivitet som en felles underliggende dimensjon (Paris, 1997; Looper & Paris, 2000).

En annen kjønnsforskjell gjør seg synlig i korrelasjonene mellom kriteriene til antisosial og diagnosen paranoid personlighetsforstyrrelse. Hos menn korrelerer samtlige unntatt kriteriet 5 (ringeakt for egen og andre sikkerhet) med denne diagnosen, mens hos kvinnene er det kun aggresjon (kriteriet 4) som korrelerer med paranoid personlighetsforstyrrelse. Det er ikke lett å tolke denne forskjellen ut fra datamaterialet fra dette utvalget, bortsett fra å antyde at de mannlige pasientene med paranoid personlighetsforstyrrelse kanskje har et mer kriminelt uttrykk enn det er tilfelle for kvinnene. Det at paranoid personlighetsforstyrrelse hos menn ikke korrelerer like bra med kriteriet 5 (ringeakt for egen og andres sikkerhet) kan tyde på at deres antisosialitet kanskje i større grad er motivert ut fra deres paranoide orientering og mistenksomhet og at de generelt har bedre evne til å bekymre seg for sin egen og andres sikkerhet.

Antakelse 7

Kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse er uttrykk for underliggende faktorer, som for eksempel impulsivitet og aggresjon. Det vil si at ved faktoranalyse vil de beslektede kriteriene gi ladninger på de samme faktorene og på den måten antyde flerfaktorstrukturen i diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette gjelder både for ungdoms- og for voksenkriterier. Det forventes å være en sammenheng mellom faktorstrukturene fra ungdomskriterier og faktorstrukturene fra voksenkriterier.

Ungdomskriteriene gir mange solide ladninger på fire separate faktorer. Faktorstrukturene og rekkefølgen (faktorstyrkene) er noe forskjellige for kvinner og menn i utvalget, men kan deles i fire kategorier: 1. vagabondering, 2. vold og relasjonell aggresjon, 3. kriminalitet og 4. vandalisering. Hos menn kommer vagabondering sterkest ut, med vold som den nest sterkeste faktoren. Hos kvinner er det vold og relasjonell aggresjon som er den sterkeste faktoren mens vagabondering er den nest sterkeste faktoren. Hos begge kjønnene kommer kriminalitet ut som den tredje faktoren. Dette illustrerer en flerfaktorprofil i atferdsforstyrrelsen der de 14 analyserte kriteriene (ungdomskriteriet nr 7 er ikke tatt med i analysen) kan antas å være uttrykk for disse fire ovennevnte faktorene.

Faktoranalysen av voksenkriteriene avdekker en interessant kjønnsforskjell. Hos menn er kriminalitet relatert til mangel på anger og kommer fram som den sterkeste faktoren, mens aggresjon og impulsivitet står igjen som to separate faktorer i tillegg. Aggresjon hos menn er også relatert til uansvarlig ringeakt for egen og andres sikkerhet. Det kan se ut som at mennenes aggresjon har mindre preg av impulsivitet, og at det kanskje kan være mer snakk om instrumentell aggresjon, mens dette ikke er tilfelle for kvinnene i utvalget. Hos kvinner virker det som at aggresjonen er mer relatert til impulsivitet, mens kriminalitet står igjen som en separat faktor. Kriminalitet og lovbrytende atferd slår sterkest ut både hos kvinner og menn, noe som igjen kan tas til inntekt for at DSM-IV med sitt fokus på nettopp kriminell atferd, bekrefter seg selv i dette utvalget.

Faktoranalysene er gjort med to selekterte subbutvalg i dette utvalget. For analyser av ungdomskriterier er kun pasienter med minst ett ungdomskriteri tatt med, mens pasienter med minst ett voksenkriteri er tatt med i faktoranalyser av voksenkriterier. Begge disse subbutvalgene inneholder pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse. Velvitende om at ikke alle pasienter med ungdomskriterier oppfyller voksenkriterier, og vice versa, og at disse subbutvalgene i så måte er forskjellige, er faktorstrukturene fra disse subbutvalgene sammenlignet. Dette er gjort nettopp for å fange opp de mer realistiske sammenhengene som også preges av at atferd fra ungdomstiden ikke alltid fortsetter i voksen alder, og atferd fra voksen alder ikke alltid har vært til stede i ungdomstiden.

Hos menn i utvalget avdekkes det gode sammenhenger mellom kriminalitet i ungdomsårene og kriminalitet i voksen alder, mellom vold og relasjonell aggresjon i ungdomsårene og aggresjon i voksen alder, samt mellom vandalisering i ungdomstid og impulsivitet i voksen alder. For kvinner i utvalget er det gode sammenhenger mellom vold og relasjonell aggresjon i ungdomsårene og aggresjon og impulsivitet i voksen alder. I tillegg er det sammenhenger mellom kriminalitet i ungdomsårene og kriminalitet i voksen alder. Dette viser seg i så måte å være vedvarende trekk ved personen, noe som etterstrebes å avdekkes for at diagnosen personlighetsforstyrrelse skal kunne gis. Selv om ikke alle med atferdsforstyrrelse utvikler antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder er det belegg her for å kunne si at aggresjon i ungdomsårene henger godt sammen med aggresjon i voksen alder, og at det samme gjelder for kriminalitet. Igjen kan dette tas til inntekt for tanken om at antisosialitet er en dimensjonal konstrukt som strekker seg over et kontinuum, og vedvarer over tid.

Antakelse 8

Faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse vil korrelere positivt med resten av diagnosene fra Cluster B. Like positive sammenhenger er ikke forventet med diagnosene fra Cluster A og C (akse II, DSM-IV).

Den samme tendensen som vi ser ved korrelasjonsanalysen av kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse og resten av akse II-diagnosene, ser vi også her. Faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer best med Cluster B-diagnosene og da særlig med borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Den sterkeste sammenhengen foreligger mellom impulsivitet og aggresjon og borderline personlighetsforstyrrelse. Impulsivitet viser også gode sammenhenger med histrionisk personlighetsforstyrrelse. Dette forsterker antakelsen om at impulsivitet er en felles underliggende faktor for diagnoser fra Cluster B (Looper & Paris, 2000), eller er et sentralt bindeledd mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og resten av diagnosene fra Cluster B.

Av de andre diagnosene fra Cluster A og C er det igjen paranoid personlighetsforstyrrelse som skiller seg ut med positive korrelasjoner med samtlige av faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse. I lys av at denne diagnosen også viser gode korrelasjoner med kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse, og da særlig hos menn (antakelse 6), er det rimelig å undres over om disse diagnosene hviler på noe av den samme psykologiske dynamikken. O. Kernberg (1992) tilbyr et teoretisk rammeverk som plasserer paranoid personlighetsforstyrrelse i samme kategori som, blant andre, antisosial, narsissistisk, borderline og histrionisk personlighetsforstyrrelse.

Samtlige av disse diagnosene, i følge Kernberg, preges i stor grad av de samme underliggende mekanismene. Samtlige kjennetegner mennesker med lav kapasitet til å utvikle dype, meningsfulle relasjoner med andre (indre verden preget av del-objektrelasjoner), med primitive forsvarsmekanismer og svake ego-funksjoner, samt i ulik grad dårlig utviklet superego. Den antisosiale vil i større grad kjennetegnes av defekter i superego, mens den paranoide vil orientere seg i verden ut fra sine mistenksomme og paranoide overbevisninger, men med et vikarierende superego som i visse tilfeller vil kunne tillate antisosiale handlinger når disse er opplevd som reaksjon på den paranoide overbevisningen, men også med evnen til å oppleve ubehag knyttet til ugjerningen man har gjort, når det paranoide skulle slippe tak. Dette ubehaget vil i mindre grad kunne oppleves av den antisosiale (Kernberg, 1992).

Ut fra denne tankegangen, kan vi spekulere i om vi finner nettopp dette i utvalget vårt. Nemlig, pasienter med paranoid personlighetsforstyrrelse som har et antisosialt uttrykk, men som har større kapasitet til å bruke sine ubehagsfølelser til å regulere sin atferd, og hvor profitt ikke nødvendigvis er hovedmotiv bak det antisosiale, men heller den paranoide orienteringen. Det er ingenting i det presenterte datamaterialet som kan underbygge disse spekulasjonene, og sammenhengene mellom paranoid og antisosial personlighetsforstyrrelse anbefales undersøkt mer systematisk i framtidig forskning.

Aggresjonsfaktoren i antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer negativt med unnvikende personlighetsforstyrrelse og framstår på denne måten som det tydeligste skillet mellom disse to diagnosene. Dette samsvarer med forventningen om aggresjonsinhibering hos pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse (Kernberg, 1992; Lykken, 1995).

Antakelse 9

Antisosial personlighetsforstyrrelse framstår som en egen konstrukt uten ha noen spesifikke assosiasjoner med symptomlidelser (akse I, DSM-IV).

Slik det er forventet, er det ikke funnet noen spesifikke assosiasjoner mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og symptomlidelser. Selv om forekomst av affektive lidelser er større i resten av utvalget enn hos de med antisosial personlighetsforstyrrelse, er også denne pasientgruppen klinisk sett betraktelig plaget. Med hele 39.5% med alvorlig depressiv episode og til sammen 55% med en eller annen form for affektiv lidelse, er det rimelig å si at disse pasientene med antisosial personlighetsforstyrrelse opplever betydelig lidelsestrykk. Forekomst av alvorlig depressiv episode, sosial fobi og posttraumatisk stressyndrom hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse er også nærmere undersøkt. Selv om signifikantesting avdekker signifikante forskjeller i forekomst av disse lidelsene hos pasienter med og uten antisosial personlighetsforstyrrelse, er det viktig å ta hensyn til det faktum at forekomst av affektive og angstlidelser er generelt høy i utvalget.

Det ser ut som at det er en svak negativ sammenheng mellom alvorlig depressiv episode og antisosial personlighetsforstyrrelse, og mellom sosial forbi og antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette kunne tolkes som at pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse har mindre sannsynlighet for å rammes av de ovennevnte lidelsene, men med bakgrunn i at den generelle forekomsten av disse lidelsene er svært høy ellers i utvalget, vil denne tolkningen i

beste fall kunne gjelde bare for dette utvalget. Forekomst av posttraumatisk stressyndrom er hyppigere hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse enn i resten av utvalget. Den diagnosekomponenten som viser best korrelasjon med posttraumatisk stressyndrom i utvalget er aggresjon og impulsivitet hos kvinnene. Denne forekomsten kan forstås i lys av minst to forhold. Det ene er at pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse oftere vokser opp under traumatiske forhold (Lykken, 1995), og det andre er at de ofte er i miljøer med andre antisosiale personer der de i større grad selv blir utsatt for overfall, ran og trusler (Stone, 2005). Forekomsten av affektive lidelser, og posttraumatisk stressyndrom hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget støtter også funn fra andre studier (Reich, 1997; Goodwinn & Hamilton, 2002). Dette støtter imidlertid ikke påstanden om at disse pasientene vanskelig kan oppleve depresjoner (Stone, 2005). Det må likevel tas høyde for at pasientgruppen i dette utvalget er godt selektert, og det er rimelig å spørre seg om de med denne diagnosen som ikke søker behandling ville rapportert om lignende plager.

Antakelse 10

Misbruk av alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer forventes å være positivt korrelert med antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse.

Som forventet, viser det seg at antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse korrelerer med alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk. Jo flere kriterier man oppfyller, desto større er sannsynligheten for alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk. Dette er i tråd med funn fra andre studier (Grant et al., 2004; Kessler et al., 1997). Utover dette er også sammenhenger mellom kriteriene til de andre personlighetsforstyrrelsene og disse typer misbruk undersøkt, hvor det viser seg at kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse viser sterkest sammenheng. Dette slår gjennom til tross for at alvorlig alkohol- og narkotikamisbruk har vært ekskluderingskriterier i dette utvalget, og hvor det kunne vært lett å anta at mange av de ekskluderte nettopp ville fått diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (Grant et al., 2004).

Skodol (2005) trekker fram impulsivitet som en av underliggende mekanismer for tilbøyelighet for misbruk. I denne studien slår ikke impulsivitet gjennom som en særegen komponent. Det viser seg nemlig at samtlige av diagnosekomponentene korrelerer tilnærmet like bra med alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk.

8.2. Begrensninger

Det er flere begrensninger knyttet til denne studien. For det første er gruppen av pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget godt selektert. Ekskluderingskriterier som for eksempel pågående voldelig eller truende atferd, og pågående alkohol- og narkotikamisbruk, fører til at pasientgruppen vi undersøker mangler personer med alvorlige pågående aggresjons eller misbruksproblemer. I tillegg er dette pasienter som selv har søkt om behandling, og som evner å forplikte seg til å følge opp et langvarig behandlingsprogram. Dette er ikke tilfelle for alle personer med antisosial personlighetsforstyrrelse (Stone, 2005), slik at disse pasientene ikke er representative for den heterogene gruppen som denne diagnosen omfavner. Generalisering av funnene er dermed begrenset.

I tillegg er forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse i utvalget lav, noe som i seg selv begrenser generalisering av funnene, men også påvirker den statistiske styrken. Den lave forekomsten påvirker også de faktoranalytiske beregningene (Gagnè & Hancock, 2006), noe som påkaller forsiktighet i tolkningen av disse resultatene.

Det er også lav forekomst av schizotyp, schizoid, narsissistisk og histrionisk personlighetsforstyrrelse i utvalget slik at ikke-signifikante funn kunne inntreffe der signifikante funn kunne ha vært mer sannsynlige, såkalt type II feil (Svartdal, 2002). Den høye overrepresentasjon av kvinnene i utvalget (71.2%) er også en viktig faktor da den styrker sannsynligheten for kjønnsforskjellsbehandling ("gender bias") ved utredning og diagnostisering (Jane, Oltmanns, South & Turkheimer, 2007).

Utvalget preges også av høy forekomst av akse I-diagnoser. 60.6 % av pasientene har en affektiv lidelse, mens hele 80.0 % har en eller annen form for angstlidelse. Dette er viktige hensyn å ta i vurdering av resultatene fra signifikanstesting av forskjeller i forekomsten av disse diagnosene hos de med og de uten antisosial personlighetsforstyrrelse. Det er også høy forekomst av unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelse, noe som gjør at karakteristikkene til disse diagnosene vil kunne sette mer preg på utvalget.

9. Hva vet vi om diagnosens konstruktvaliditet ut fra denne studien?

Til tross for at forekomst av diagnosen i utvalget er lav, og det er overrepresentasjon av kvinner, ser vi at forholdet ved diagnosens fordeling mellom kjønnene er på 3 : 1, altså, med tre ganger større hyppighet hos menn. Dette forholdet er også funnet i en rekke andre studier (Torgersen et al., 2001; Zimmerman & Coryell, 1990). En annen karakteristikk ved disse pasientene som samsvarer med tidligere funn (Torgersen et al., 2001) er deres signifikant lavere alder i forhold til resten av pasientene i utvalget.

9.1. Kriterienes psykometriske egenskaper

Diagnosekriteriene viser generelt solide psykometriske egenskaper. Det er gode nok mellomkriteriekorrelasjoner og diagnosen har et solid nok fundament å stå på i dette utvalget. Det er kriterier knyttet til kriminalitet som inntar en sentral plass i diagnoseprofilen både hos menn og hos kvinner i utvalget, og dette gjelder både for ungdoms- og for voksenkriteriene.

Ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) skiller seg ut i dette utvalget på den måten at det ikke er relatert til diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Til tross for utvalgets selekterte særpreg, er det rimelig å tenke seg at dette kriteriet ikke klarer å forsvare sin plass blant de andre kriteriene, og at det bør vurderes fjernet fra den diagnostiske manualen. Pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse er en heterogen gruppe, så frekvensanalyser av kriterier i andre utvalg i framtidige studier bør følge opp dette funnet og viderevurdere denne studiens anbefaling om fjerning av ungdomskriteriet 7.

I tillegg til gode nok sammenhenger mellom resten av kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse, er kriteriene også gradvis fordelt slik at de fremstiller diagnosen som en dimensjonal konstrukt som strekker seg over et kontinuum der forskjellige mennesker utviser forskjellige grader av antisosialitet. Pasienter med mange oppfylte kriterier rapporterer også om større lidelsestrykk, mer nedsatt funksjonsnivå og mer alvorlige relasjonelle vansker enn pasienter med færre oppfylte kriterier.

Diagnosekriteriene i dette utvalget framstår som uttrykk for underliggende og vedvarende komponenter. Komponentenes styrke og strukturer viser enkelte kjønnsforskjeller, men med tanke på lav forekomst av diagnosen og overrepresentasjon av kvinner i utvalget, samt påvirkning av tilstedeværelse av mange med borderline og unnvikende personlighetsforstyrrelse, er det viktig med varsomhet i tolkningen av disse. De tydeligste komponentene

for ungdomskriteriene er: 1. vold og relasjonell aggresjon, 2. kriminalitet og 3. vagabondering hos både kvinner og menn i utvalget. Den fjerde komponenten hos menn har en vandaliseringskarakter, mens hos kvinner er den noe mer uklar.

Voksenkriterier gir tre komponenter hos menn og to hos kvinner. Kriminalitet er den tydeligste komponenten hos begge kjønnene, mens aggresjon og impulsivitet følger forskjellige mønstre. Hos menn er aggresjon og impulsivitet to separate komponenter, mens hos kvinner er aggresjon og impulsivitet slått sammen. Det ser ut som at aggressiv atferd hos kvinner er mer relatert til deres impulsivitet, mens for menn kan det være mer snakk om instrumentell aggresjon. Uavhengig av denne tolkningen, viser det seg at aggresjon og kriminalitet i ungdomsårene viser sammenhenger med henholdsvis aggresjon og kriminalitet i voksen alder hos begge kjønnene. Disse sammenhengene forekommer til tross for at de fleste av de med atferdsforstyrrelse i ungdomsårene ikke har antisosial personlighetsforstyrrelse som voksne (82%). Dette funnet fortjener mer oppmerksomhet i framtidig forskning hvor atferdsforstyrrelsens forhold til andre personlighetsforstyrrelser bør komme mer i fokus. Særlig gjelder dette borderline personlighetsforstyrrelse da det viser seg i denne studien at hele 45% av de med atferdsforstyrrelse fra ungdomsårene har utviklet borderline personlighetsforstyrrelse som voksne. Med dette berører vi også forholdet mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og andre diagnoser.

9.2. Diagnosens forhold til andre diagnoser i utvalget

Diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse framstår som en separat og uavhengig komponent blant de andre diagnosene fra akse II. Samtidig foreligger det et tettere forhold mellom antisosial og borderline, narsissistisk, paranoid og histrionisk personlighetsforstyrrelse enn mellom antisosial og resten av diagnosene fra akse II. Berøringspunktene mellom antisosial og de andre Cluster B-diagnosene ser ut til å være knyttet til impulsivitet, mens skille går ut på det kriminelle uttrykket. Dette viser seg både på kriterie- og komponentnivå.

Med forsiktighet, grunnet høy forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse i utvalget, kan denne studien gi støtte til antakelsen om at impulsivitet er en felles underliggende dimensjon for Cluster B-diagnoser (Looper & Paris, 2000).

Mangel på anger viser seg som forventet å være et kriteri som binder tettere sammen antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse i dette utvalget. På den andre siden ser det ut som at den kriminelle komponenten i diagnosen er et berøringspunkt mellom antisosial og paranoid personlighetsforstyrrelse.

Diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse utviser ingen spesifikke assosiasjoner med symptomlidelser (akse I) i dette utvalget. Som forventet, er alkohol-, narkotika og medikamentmisbruk positivt korrelert med antall oppfylte kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse. Forekomst av posttraumatisk stressyndrom hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse er noe hyppigere enn for resten av utvalget, men langt fra at diagnosens konstruktvaliditet er truet. Dette kan heller vitne om disse pasientenes livshistorie og livsstil, men også forstås som kanskje noe av motivet til at de søker behandling.

9.3. Kjønnforskjeller

Det sentrale kriteriet i diagnoseprofilen for menn med antisosial personlighetsforstyrrelse er kriminalitet. I diagnoseprofilen for kvinner er impulsivitet like sterkt og sentralt kriteri som kriminalitet. En annen kjønnforskjell går ut på at aggresjon hos menn står mer som en separat komponent mens hos kvinner er den mer relatert til impulsivitet. Et allerede nevnt inntrykk av disse forskjellene går ut på at menn med antisosial personlighetsforstyrrelse i dette utvalget i større grad kan være aggressive uten å være impulsive, altså utøve en noe mer instrumentell type aggresjon, mens kvinner som er aggressive har en større sannsynlighet for å være impulsive også.

Det er viktig å ta hensyn til at det er mange kvinner og høy forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse i utvalget da dette kan ha implikasjoner for disse kjønnforskjellene. På den ene siden er det fare for kjønnforskjellsbehandling ("gender bias") ved utredning og diagnostisering (Jane et al., 2007), og på den andre siden vil impulsiviteten knyttet til borderline personlighetsforstyrrelse kunne overskygge noe av sammenhengene. Disse funnene anbefales å bli undersøkt i framtidige studier og gjerne i andre typer utvalg uten de ovennevnte begrensningene.

10. Veien videre

Konstruktvaliditeten til antisosial personlighetsforstyrrelse er forankret i to diagnoser, nemlig atferdsforstyrrelse i ungdomsalder og antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Forholdet mellom atferdsforstyrrelse og antisosial personlighetsforstyrrelse virker sammensatt til tross for gode sammenhenger mellom aggresjon og kriminalitet i ungdomsalder og henholdsvis aggresjon og kriminalitet i voksen alder. Det er langt flere i dette utvalget som har utviklet borderline enn antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder etter å ha hatt atferdsforstyrrelse i ungdomsalderen. Disse sammenhengene trenger å undersøkes mer i framtidig forskning, med mål om å lage mer treffsikre diagnostiske sammenhenger. Funnene fra denne studien tyder også på at ungdomskriteriet nr 7 (tvang andre til seksuell aktivitet før fylte 15 år) er et overflødig kriteri. Med anmodning om framtidige undersøkelser av frekvenser av dette kriteriet i andre utvalg, er erfaringen fra denne studien at kriteriet trenger å fjernes fra diagnoselisten som er rettet mot antisosial personlighetsforstyrrelse.

Kjønnsforskjeller knyttet til impulsivitet og aggresjon hos kvinner, kan være et uttrykk for at kvinnene med antisosial personlighetsforstyrrelse i mindre grad enn menn disponerer instrumentell aggresjon, men også et bias av en stor tilstedeværelse av impulsivitet i utvalget. Dette anses som så viktig at framtidige studier anmodes å rette sin oppmerksomhet mot mer systematisk undersøkelse av dette forholdet.

Frekvensanalyser og faktoranalyser av kriteriene i denne studien bekrefter at kriminell atferd har en svært sentral plass i diagnoseprofilen til antisosial personlighetsforstyrrelse. Denne studiens domene har ikke vært å undersøke eventuelle ulemper ved tyngden det kriminelle uttrykket har i diagnosen. Likevel har spørsmål om diagnosens manglende evne til å nyansere pasientenes affektive liv og kapasitet til å knytte seg til andre kommet i fokus ved diskriminering mellom antisosial og paranoid, men også narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Sett i lys av at disse savnede nyansene også berører pasienters evner og egenskaper som klinisk sett gir viktig behandlingsmessig og prognostisk informasjon, kan dette sees på en side ved dagens diagnose som bør videreutvikles i framtiden.

Litteraturliste

Abraham, K. (1924). The influence of oral erotism on character-formation. I Perzow, S. M. & Kets de Vries, M.F.R. (Red) (1991). *Handbook of character studies: Psychoanalytic explorations*. Madison, CT: International Universities Press.

Alden, L. E., Wiggins, J. S & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.

Alexander, F. (1930). The neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 282-313.

Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Arrigo, B. A. & Siple, S. (2001). The confusion of psychopathy (I): Historical consideration. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 325-344.

Bandura, A. & Walters, R. H. (1959). *Adolescent aggression*. New York: Ronald Press.

Beck, A. T., Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Bernstein, D. P. & Handelsman, L. (1995). The neurobiology of substance abuse and personality disorders. I J. Ratey (Red). *Neuropsychiatry of Personality Disorders*. Cambridge: Balckwell Science.
- Black, D. W. & Braun, D. (1998). Antisocial patients: A comparison of those with and those without childhood Conduct Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10, 53-57.
- Blais, M. A. & Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluatin of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168-176.
- Burnsten, B. (1972). The manipulative personality. *Archives of General Psychiatry*, 6, 318-321.
- Cadore, R. J., O’Gorman, T. W., Troughton, E. et al. (1985). Alcoholism and antisocial personality: interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42, 161-167.
- Cale, E. M. & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22, 1179-1207.
- Carlson, M. & Carlson, M. A. (1988). A regional study of sex differences in rat brain serotonin. *Prog Neuropsychopharmacology, Biology, and Psychiatry*, 12, 53-61.
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of sanity*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Cleckley, H. (1964). *The mask of sanity* (andre utgave). Saint Louis: C. V. Mosby.
- Cleckley, H. (1982). *The Mask of sanity* (revidert utgave). St. Louis: C.V. Mosby.
- Cloninger, C. R., Reich, T. S. B. & Guze, S. B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet’s syndrome). *British Journal of Psychiatry*, 12, 23-32.

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. & Widiger, T. (Red). (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington DC: American Psychological Association.

Christophersen, K. A. (2006). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. Unipub AS.

Crocker L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Fort Worth (Tex): Holt, Reinhart & Winston.

Cronbach, L. & Meehl, P. A. (1955). Construct Validity in Psychological Tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. symptom checklist-90-R: administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis National Computer systems.

DiLalla, L. F. & Gottesman, I. I. (1989). Heterogeneity of causes for delinquency and criminality: lifespan perspectives. *Developmental Psychopathology*, 1, 339-349.

Doren, D. A. (1996). *Understanding and treating the psychopath*. Northvale NJ: J. Aronson.

Eysenck, H. J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. New York: Praeger.

Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield IL: Charles C. Thomas.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of Personality*. London: Routledge.

Farmer, R. F. & Chapman, A. L. (2002). Evaluation of DSM-iv personality disorders criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 285-300.

Farrington, D. P., Loeber, R., Elliot, D. S., Hawkins, D. J., Kandel, D. B., Klein, M. W. et al. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. I B. Lahey & A. Kazdin (Red). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.

First, M. B. (1994). Structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. (SCID-II).

Fossati, A., Maffei, C., Bagnoto, M., Battaglia, M., Donati, D., Donimi, M., Fiorilli, M., Novella, L. & Prolo, F. (2000). Pattern of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 206-215.

Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I, De Vecchi, C. et al. (2006). Confirmatory factor analyses of DSM-IV cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20, 186-203.

Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.

Freud, S. (1916). Some character-types met with in psychoanalytic work. I *Collected Papers*, 4, 318-344. London: Hogarth Press.

Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. NY: Holt, Rinehart & Winston.

Gagnè, P. & Hancock, G. R. (2006). Measurement quality model, sample size, and solution property in confirmatory factor models. *Multivariate Behavioral Research*, 4, 65-83.

Gelhorn,, H. L., Sakai, J. T., Price, R. K. & Crowley, T. J. (2007). DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 529-538.

Goodwin, R. D. & Hamilton, S. P. (2002). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 177, 159-166.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A. et al. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.

Gray, J. A. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. New York: Academic Press.

Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21, 493-509.

Gunderson, J. G. & Ronningstam, E. (2001). Differentiating narcissistic and antisocial personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 15, 103-109.

Hare, R. D. & Schalling, D. (1978). *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. Chichester: John Wiley & Sons.

Hare, R. D. (1986). *The Hare Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R. D., Hart, S. D. & Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.

Harpur, T. J., Hare, S. D. & Hare, R. D. (1994). The personality of the psychopath. I P. T. Costa & T. Widiger (Red). *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington DC: American Psychological Association.

Hart, S. D. & Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in forensic psychiatric population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 211-218.

- Heinsbroek, R. P., van Haren, F., Feenstra, M. G., van Galen, H., Boer, G & van de Poll, N. E. (1990). Sex differences in the effects of inescapable footshock on central catecholaminergic and serotonergic activity. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 37, 539-550.
- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schlusinger, F. & Engberg, M. (1996). Mental disorders and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Horowitz, L. M, Rosenberg, S. E., Bare, B. A., Ureño, G. & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Hummelen, B. (2008). *Validity Studies of three DSM-IV Personality Disorder Constructs: Obsessive-compulsive, Avoidant, and Personality Disorder Not Other Specified*. University of Oslo: Unipub AS.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. NY: International Universities Press.
- Jane, S. J., Oltmanns, T. G., South, S. C. & Turkheimer, E. (2007). Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: An item response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 166-175.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T. & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 289-298.
- Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S., Urnes, Ø., Irion, T., Braband, J., et al. (1998). The Norwegian network of psychotherapeutic day hospitals. *Therapeutic Communities*, 19, 15-28.
- Karterud, S., Johansen, M. & Urnes, Ø. (2001). Personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser (DSM-IV akse II og akse I). I S. Karterud, Ø. Urnes & G. Pedersen (Red). *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax Forlag A/S.

- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. NY: J. Aronson.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. NY: Yale University Press.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A. et al. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kirk, K. M., Eaves, L. J. & Martin, N. G. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Research*, 2, 81-87.
- Klein, M. (1927). Criminal Tendencies in Normal Children. I *Love, Guilt, and Reparation, and other works 1921 – 1945*. (1998). London: Vintage.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. I *Envy and Gratitude, and other works 1946-1963*. (1997). London: Vintage.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of axes I and II: toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 106, 233-261.
- Langbehn, D. R. & Cadoret, R. J. (2001). The adult antisocial syndrome with and without antecedent Conduct Disorder: comparisons from an adoption study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 272-282.
- Lange, F. (1904). *Slægter. Iagttagelser fra en sindssygsanstalt*. Den danske Lægestand: Carøe & Selmer.

Lilienfeld, S. O., Van Vankelburg, C., Larntz, K. & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 718-722.

Looper, K. J. & Paris, J. (2000). What dimensions underlie cluster B Personality Disorders?. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 432-437.

Lykken, D. (1982). Fearlessness. *Psychology Today*, 9, 6-10.

Lykken, D. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lykken, D., Tellegen, A. & Macindoe, I. (1972). Preception: Autonomic response to shock as a function of predictability in time and locus. *Psychophysiology*, 9, 318-333.

Marcus, D. K., Ruscio, J., Lilienfeld, S. O. & Hughes, K. T. (2008) Converging evidence for the latent structure of antisocial personality disorder. Consistency of taxometric and latent class analyses. *Criminal justice and behaviour*, 35, 284-293.

Meloy, J. R. (1996). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Northvale NJ: Jason Aronson.

Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning function*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Millon, T. (1975). *Proposals for the Personality Disorder section*. Upublisert utkast for beskrivelse av og kriterier for diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM-III.

Millon, T., Simonsen, E. & Birket-Smith, M. (1998). Historical Conceptions of Psychopathy in the United States and Europe. I T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & D. D. Davis (Red). *Psychopathy. Antisocial, criminal, and violent behaviour*. London: Guilford.

Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M., Davis, D. D. (Red.). (1998). *Psychopathy. Antisocial, criminal, and violent behaviour*. London: Guilford.

- Morey, L. C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.
- Morey, L. C. & Jones J. K. (1998). Empirical Studies of the Construct Validity of narcissistic Personality Disorder. I E. F. Ronningstam (Red). *Disorders of Narcissism: Diagnostical, Clinical, and Empirical Implications*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Morey, L. C., Alexander, G. M. & Boggs, C. (2005). Gender. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red). *Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.
- Newman, J. P. (1987). Reaction to punishment in extraverts and psychopaths: Implications for the impulsive behavior of disinhibited individuals. *Journal of Research in Personality*, 21, 464-480.
- Nuckolls, C. W. (1992). Toward a cultural history of the personality disorders. *Social Science & Medicine*, 35, 37-47.
- O'Connor, L. H. & Feder, H. H. (1985). Estradiol and progesterone influences L-5-hydroxytryptophan-induced myoclonus in male guinea pigs: sex differences in serotonin-steroid interactions. *Brain Research*, 330, 121-125.
- Paris, J. (1997). Antisocial and Borderline Personality Disorder: Two Separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology?. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 237-242.
- Pedersen, G. A. (2002). Revised Norwegian version of Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex (IIP-C). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 25-34.
- Pedersen, G., Hagtvet K. A. & Karterud, S. (2007). Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning – Split version. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (1), 88-94.
- Perdikouri, M., Rathbone, G., Huband, N. & Duggan, C. (2007). A Comparison of Adults with Antisocial Personality Traits with and without Childhood Conduct Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 17-23.

Reich, J. (1997). Antisocial traits in psychiatrically ill veterans without antisocial personality disorder: relationship to Axis I disorders and effects on functioning. *Psychiatry Research*, 2, 77-82.

Reich, W. (1925). *Der Triebhafte Charakter*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Robins, L. (1966). *Defiant children grown up*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Salekin, R. T., Rogers, R. & Sewell, K. W. (1997). Construct validity of psychopathy in a female offender sample: a multitrait-multimethod evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 576-585.

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu III, J., Brown, C. H. Costa Jr., P. T. & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Schlusinger, F. (1972). Psychopathy: Heredity and environment. *International Journal of Mental Health*, 1, 199-206.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.

Sheenan, D. V. & Lecrubier, Y. (1994). Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Tampa, FL / Paris: University of South Florida, Institute for Research in Psychiatry / INSREM-Hôpital de la Salpêtrière.

Shepard, J. (2007). *The Antisocial Personality: Critical Review of the Literature*. Ann Arbor: ProQuest LLC.

Siever, L. J. & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.

Skodol, A. E. (2005). Manifestations, Clinical Diagnosis, and Comorbidity. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red). *Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.

Smith, R. J. (1978). *Personality and psychopathology*. New York: Academic Press.

Soldz, S., Budman, S., Demby, a. & Merry, J. (1993). Representation of personality disorders in circumplex and five-factor: exploration with a clinical sample. *Psychological Assessment*, 5, 41-52.

Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24 (5), 399-411.

Stone, M. H. (2005). Violence. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red). *Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.

Svartdal, F. (2002). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon* (andre utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Taylor, J, Elkins, I. J., Legrand, L., Peuschold, D. & Iacono, W. G. (2006). Construct Validity of Adolescent Antisocial Personality Disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 1048-1057.

Toch, H. (1998). Psychopathy or antisocial personality in forensic settings. I T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & D. D. Davis (Red). *Psychopathy. Antisocial, criminal, and violent behaviour*. London: Guilford.

Torgersen, S., Kringlen E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

Torgersen, S. (2005). Epidemiology. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red). *Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.

- Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Røysemb, E., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 38, 1617-1625.
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (andre utgave). Gyldendal Akademisk.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C & Ball, S. A. (2005). Substance Abuse. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red). *Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.
- Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 839-845.
- Westen, D. & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosis personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126.
- Widiger, T. A., Corbit, E. & Millon, T. (1991). Antisocial personality disorder. I A. Tasman & M. B. Riba (Red). *Review of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T. A. & Corbit, E. (1996). Antisocial personality disorder. I W. J. Livesley (Red). *The DSM IV personality disorders*. New York: Guilford.
- Wilberg, T. (2002). Modeller for forståelser av personlighetspatologi. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1, 122, 54-58.
- Winnicott, D. W. (1956). The antisocial tendency. I C. Winnicott, R. Shepard & M. Davis (Red). (1984). *Deprivation and Delinquency*. New York: Brunner-Routledge.
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. I J. Paris (Red). *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.

Zimmerman, M. & Coryell, W. (1990). DSM-III personality disorder dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 686-692.

Oversikt over vedleggene

- Vedlegg A: Det amerikanske diagnosesystemet DSM-I, II, III, III-R, og DSM-IV for personlighetsforstyrrelser.
- Vedlegg 1: Korrelasjonstabell for dikotomiserte voksenkriterier;
Korrelasjonstabell for ungdomskriterier;
“Item-Total Statistics” for ungdoms- og voksenkriterier sammen;
“Item-Total Statistics” for ungdomskriterier alene.
- Vedlegg 2: Faktoranalyse for kriterier for alle personlighetsforstyrrelser (unntatt NOS);

Faktoranalyse for alle personlighetsforstyrrelsens kriterier, unntatt ungdomskriterier for antisosial;
- Vedlegg 3: Korrelasjonstabell for hvert enkelt av kriteriene til ASPF og resten av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene, hele utvalget;

Korrelasjonstabell for hvert enkelt av kriteriene til ASPF og resten av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene for bare menn i utvalget;

Korrelasjonstabell for hvert enkelt av kriteriene til ASPF og resten av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene for bare kvinner i utvalget;

Korrelasjonstabell for verdier etter at de dikotomiserte kriterier ble korrelert opp mot antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse.
- Vedlegg 4: Faktoranalyse for kriteriene til antisosial personlighetsforstyrrelse;
Faktoranalyse for hele utvalget, unntatt ungdomskriterier;
Faktoranalyse for utvalg av de med minst ett voksenkriteri.
- Vedlegg 5: Korrelasjonsverdier mellom faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse og selve diagnosen.
- Vedlegg 6: Tabeller med signifikansmålinger av varians- og gjennomsnittsskårer for PTSD, alvorlig depressiv episode og sosial fobi hos pasienter med og uten antisosial personlighetsforstyrrelse.
- Vedlegg 7: Korrelasjonstabeller for PTSD, alvorlig depressiv episode, sosial fobi, alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk, og faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse.

Vedlegg ADet amerikanske diagnosesystemet DSM – personlighetsforstyrrelser

DSM-I	DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV
Paranoid	Paranoid	Paranoid	Paranoid	Paranoid
Schizoid	Schizoid	Schizoid	Schizoid	Schizoid
		Schizotyp	Schizotyp	Schizotyp
Antisosial*	Antisosial	Antisosial (Sadistisk)	Antisosial	Antisosial
	Eksplisiv			
		Borderline	Borderline	Borderline
	Hysteriform	Histrionisk	Histrionisk	Histrionisk
	Narsissistisk	Narsissistisk	Narsissistisk	Narsissistisk
		Unnvikende	Unnvikende	Unnvikende
Inadekvat	Inadekvat	Avhengig	Avhengig	Avhengig
Tvangspreget	Tvangspreget	Tvangspreget	Tvangspreget	Tvangspreget
Passiv-aggressiv	Passiv-aggressiv	Passiv-aggressiv	Passiv-aggressiv (Selvutslettende)	(Passiv-aggressiv)
Syklotym	Syklotym			(Depressiv)

*Antisosial brukes her som et samlebegrep for fire diagnoser fra DSM-I:

- Antisocial reaction;
- Sociopathic Personality Disturbance;
- Dyssocial Reaction;
- Sexual deviation.

Vedlegg 1

Korrelasjonstabell for "Pearson's Correlation Coefficient" for dikotomiserte voksenkriterier, der 1=2= ikke oppfylt, 3= oppfylt:

Korrelasjoner

	krit1	krit2	krit3	krit4	krit5	krit6	krit7
krit1	1.00						
krit2	.245**	1.00					
krit3	.294**	.206**	1.00				
krit4	.205**	.082**	.208**	1.00			
krit5	.296**	.101**	.195**	.176**	1.00		
krit6	.218**	.212**	.251**	.121**	.176**	1.00	
krit7	.239**	.168**	.203**	.045*	.189**	.087**	1.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

”Pearson’s Correlation Coefficient” for ungdomskriterier:

Ungdomskriterier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2	.461**	1.00												
3	.269**	.268**	1.00											
4	.383**	.370**	.340**	1.00										
5	.183**	.118**	.087**	.103**	1.00									
6	.188**	.166**	.268**	.213**	.156**	1.00								
7	.085**	.048*	.064**	.034	.086**	.015	1.00							
8	.188**	.213**	.141**	.123**	.193**	.121**	.042	1.00						
9	.253**	.258**	.263**	.271**	.210**	.202**	.012	.244**	1.00					
10	.185**	.180**	.208**	.202**	.169**	.207**	.106**	.207**	.246**	1.00				
11	.247**	.222**	.161**	.210**	.121**	.123**	.001	.188**	.259**	.252**	1.00			
12	.269**	.224**	.199**	.225**	.172**	.134**	.042	.204**	.264**	.370**	.395**	1.00		
13	.154**	.196**	.198**	.176**	.065**	.153**	.063**	.148**	.172**	.249**	.292**	.319**	1.00	
14	.187**	.220**	.259**	.217**	.062**	.176**	.063**	.122**	.154**	.230**	.205**	.246**	.433**	1.00
15	.126**	.148**	.211**	.169**	.031	.149**	.020	.117**	.171**	.164**	.187**	.216**	.257**	.301**

** . Corr. is sign. at the 0.01 level (2-tailed).

* . Corr. is sign. at the 0.05 level (2-tailed).

“Item-Total Statistics” for ungdoms- og voksenkriterier sammen:

Voksen- og ungdomskriterier

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Cronbach's Alpha	Corrected Item-Total Correlation if Item Deleted
01. lovbrytende atferd	24.1858	20.109	.503	.811
02. svikfullhet, løgner	24.3360	21.736	.369	.819
03. impulsivitet	24.2103	20.597	.454	.814
04. aggressivitet	24.2359	20.969	.424	.816
05. uansvarlighet (bil)	24.1241	20.561	.386	.819
06. økonomisk rot	24.2971	21.560	.362	.819
07. mangel på anger	24.3552	21.791	.389	.818
1. truet andre, før 15	24.2599	20.838	.426	.816
2. slåsskamper, før 15	24.2961	21.068	.425	.816
3. brukte våpen, før 15	24.4079	22.237	.362	.820
4. påført smerte, før 15	24.3488	21.607	.407	.817
5. plaget dyr, før 15	24.3876	22.328	.268	.822
6. ranet folk, før 15	24.4372	22.821	.265	.824
7. tvang til sex, før 15	24.4425	23.144	.070	.826
8. stiftet brann, før 15	24.3892	22.308	.290	.822
9. ødelagt ting, før 15	24.3291	21.338	.416	.816
10. innbrudd, før 15	24.3285	21.283	.419	.816
11. løgner, før 15	24.2316	20.595	.460	.814
12. tyveri, før 15	24.0942	19.503	.533	.810
13. ute om natta, før 15	24.2758	20.987	.407	.817
14. ute om natta før 13 år	24.3019	21.281	.377	.818
15. skoleskulk før 13 år	24.2412	21.256	.308	.822

“Item-Total Statistics” for ungdomskriterier alene:

Ungdomskriterier	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation if Item Deleted
1 truet andre	15.8112	9.233	.451	.756
2 slåsskamper	15.8465	9.422	.448	.756
3 brukte våpen	15.9551	10.191	.414	.764
4 påført smerte	15.8987	9.774	.438	.759
5 plaget dyr	15.9381	10.427	.233	.773
6 ranet folk	15.9858	10.656	.314	.772
7 tvang til sex	15.9913	10.908	.091	.778
8 stiftet brann	15.9377	10.266	.322	.768
9 ødelagt ting	15.8836	9.666	.425	.759
10 innbrudd	15.8804	9.599	.430	.758
11 løgner	15.7809	9.177	.445	.757
12 tyveri	15.6421	8.493	.500	.752
13 ute om natta	15.8295	9.335	.438	.757
14 ute om natta før 13	15.8501	9.452	.428	.758
15 skoleskulk før 13 år	15.7883	9.468	.333	.770

Vedlegg 2

Faktoranalyser for kriterier for alle personlighetsforstyrrelser (unntatt NOS):

Ungdomskriteriene er merket med blått.

	Component									
	Aspf.	2	Border.pf.	Narsis.pf.	5	6	7	8	9	10
Tyveri	.586									
Slåsskamper	.550									
Trusler	.547									
Påført smerte	.546									
Ødelagt ting	.537									
Innbrudd	.536									
Brukt våpen	.530									
Ute om natta-15	.517									
Løgner	.507									
Ute om natta-13	.501									
Lovbrudd	.496									
Impulsivitet	.418		.352							
Ranet folk	.418									
Aggresjon	.415									
Skoleskulk -13	.403									
Stiftet brann	.403									
Løgner	.357									
Uans. ringeakt	.355									
Mangler anger	.322			.327						
Økonom uansv	.320									
Plaget dyr	.313									

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 7 iterations.

Faktoranalyse for alle personlighetsforstyrrelsens kriterier, unntatt ungdomskriterier for antisosial.

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
...
Lovbrudd						.709				
Impulsivitet		.241				.611				
Økonom uansv						.588				
Uans. ringeakt						.581				
Mangler anger			.202			.567				
Løgner						.552				
Aggresjon						.461				
...

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 7 iterations.

Vedlegg 3

Dette vedlegget inneholder tabeller med oversikt over korrelasjonene mellom hvert enkelt av kriteriene til ASPF og resten av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene. Den første tabellen viser den samlede oversikten for hele utvalget, den andre viser verdier for menn, og den tredje viser verdier for kvinnene i utvalget. Den fjerde tabellen inneholder verdier etter at de dikotomiserte kriterier ble korrelert opp mot antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse.

Oversikt for hele utvalget:

Korrelasjoner	Aspf	Bopf	Napf	Hipf	Papf	Shtyp	Sczoid	Unnv.	Tvang	Avh.
Alle										
1.lovbrytende atferd	.314**	.184**	.081**	.025	.076**	.009	.005	-.024	.009	.024
2. svikfullhet, løgner	.230**	.136**	.090**	.002	.050*	-.011	-.033	-.032	.019	.008
3. impulsivitet	.316**	.328**	.098**	.084**	.073**	-.017	-.013	-.066**	-.014	.050*
4. aggressivitet	.265**	.235**	.051*	.034	.092**	-.004	-.009	-.045*	-.014	-.012
5.ringeakt for sikkerhet	.235**	.162**	.097**	.077**	.023	.033	-.001	-.037	-.006	-.007
6. økonomisk uansvarlig	.207**	.175**	.086**	.066**	.089**	.019	-.003	.034	.003	.013
7. mangel på anger	.327**	.161**	.070**	.032	.087**	.039	.007	-.048*	.007	.012

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabell 1.

Menn alene:

Korrelasjoner										
Menn	Aspf	Bopf	Napf	Hipf	Papf	Shtyp	Sczoid	Unnv.	Tvang	Avh.
1. lovbrøytende atferd	.333**	.200**	.080*	.048	.147**	.009	-.002	-.049	.005	.052
2. svikfullhet, løgner	.295**	.135**	.027	-.020	.086*	-.043	-.041	-.097*	.051	-.034
3. impulsivitet	.323**	.319**	.099*	.067	.149**	-.032	-.028	-.104**	.000	.030
4. aggressivitet	.326**	.299**	.105**	.071	.124**	-.011	-.005	-.028	.017	-.023
5. ringeakt for sikkerhet	.244**	.273**	.102*	.030	.066	.064	.025	-.054	.028	-.032
6. økonomisk uansvarlig.	.248**	.193**	.141**	.129**	.134**	.018	-.026	-.014	-.018	-.057
7. mangel på anger	.384**	.154**	-.010	-.020	.136**	.054	.028	-.043	-.039	.029

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Missing values: cases excluded pairwise.

Tabell 2.

Kvinner alene:

Korrelasjoner										
Kvinner	Aspf	Bopf	Napf	Hipf	Papf	Shtyp	Sczoid	Unnv.	Tvang	Avh
1. lovbrytende atferd	.287**	.221**	.066**	.016	.033	-.006	.010	-.026	.001	.012
2. svikfullhet, løgner	.154**	.168**	.151**	.014	.026	.011	-.030	-.005	-.008	.034
3. impulsivitet	.318**	.351**	.099**	.092**	.035	-.009	-.005	-.053*	-.024	.061*
4. aggressivitet	.214**	.234**	-.006	.019	.074**	-.006	-.011	-.060*	-.036	-.006
5. ringeakt for sikkerhet	.204**	.186**	.064*	.112**	-.010	-.027	-.015	-.058*	-.049	.011
6. økonomisk uansvarlig	.151**	.210**	.009	.037	.060*	.005	.011	.053*	.007	.056*
7.mangel på anger	.269**	.193**	.142**	.061*	.056*	.015	-.007	-.062*	.031	.004

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Missing values: cases excluded pairwise.

Tabell 3.

Tabell for "Pearson's Correlation Coefficient" med dikotomiserte voksenkriterier hvor 1=2= ikke oppfylt, og 3= oppfylt, og antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse. Verdier for menn og kvinner framstilles både separat og til sammen. Hele tabellen er overført fra SPSS for oversikt over antall subjekter (N) for hver enkel korrelasjon.

		Korrelasjoner					
		ASPF			Borderline		
		M	K	T	M	K	T
1. lovbrytende atferd	Pearson Correlation	.373**	.327**	.353**	.198**	.200**	.175**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	642	1563	2205	642	1563	2205
2. svikfullhet, løgner	Pearson Correlation	.297**	.168**	.240**	.145**	.075**	.082**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.003	.000
	N	641	1561	2202	641	1561	2202
3. impulsivitet	Pearson Correlation	.358**	.347**	.349**	.278**	.253**	.247**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	641	1558	2199	641	1558	2199
4. aggressivitet	Pearson Correlation	.346**	.198**	.266**	.272**	.167**	.184**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	641	1560	2201	641	1560	2201
5. ringeakt for sikkerhet	Pearson Correlation	.269**	.243**	.267**	.265**	.159**	.151**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	638	1553	2191	638	1553	2191
6. økonomisk uansvarlig	Pearson Correlation	.223**	.117**	.180**	.164**	.112**	.108**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	613	1500	2113	613	1500	2113
7. mangel på anger	Pearson Correlation	.401**	.296**	.348**	.109**	.137**	.117**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.009	.000	.000
	N	574	1395	1969	574	1395	1969

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabell 4.

Vedlegg 4

Faktoranalyse (PCA) for alle ASPF-kriteriene i hele utvalget (voksenkriterier er merket med blått):

	Component				
	1	2	3	4	5
01 lovbrytende atferd	.666				
06 økonomisk uansv.	.637				
03 impulsivitet	.630				
07 mangel på anger	.607				
05 uansvarlig (bil)	.582				
02 svikfullhet, løgner	.516				
04 aggressivitet	.463				
2 slåsskamper		.701			
4 påført smerte		.689			
1 truet andre		.664			
3 brukte våpen		.571			
6 ranet folk					
13 ute om natta 15			.706		
14 ute om natta 13			.701		
15 skoleskulk 13			.597		
8 stiftet brann				.589	
5 plaget dyr				.553	
10 innbrudd				.524	
12 tyveri				.499	
9 ødelagt ting				.497	
11 løgner				.481	
7 tvang til sex					.769

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 6 iterations.

PCA for hele utvalget:

Hele utvalget	Component
	1
1 lovbrytende atferd	.728
3 impulsivitet	.674
6 økonomisk uansv.	.607
7 mangel på anger	.595
5 uansvarlig ringeakt	.591
2 svikfullhet, løgn	.584
4 aggressivitet	.528

PCA for utvalg av de med minst ett voksenkriteri:

De med minst ett voksenkriteri.	Component	
	1	2
1 lovbrytende atferd	.625	
2 svikfullhet, løgn	.624	
7 mangel på anger	.621	
6 økonomisk uansv.	.477	
5 uansvarlig ringeakt		-.766
3 impulsivitet	.417	.524
4 aggressivitet		.436

Vedlegg 5

Dette vedlegget inneholder tabeller med korrelasjoner mellom faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse og selve diagnosen. Diagnosen er korrigert på den måten at kriterier som inngår i den korrelerte faktorstrukturen er fjernet fra diagnosen. Dette for å unngå å korrelere kriterier opp mot seg selv og slik ende opp med kunstig høye korrelasjoner.

<u>Korrelasjon 1</u>	
	ASPF 1
Lovbrudd og mangel på anger (menn)	Pearson Correlation .556**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

<u>Korrelasjon 2</u>	
	ASPF 2
Impulsivitet (menn)	Pearson Correlation .539**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

<u>Korrelasjon 3</u>	
	ASPF 3
Aggresjon (menn)	Pearson Correlation .484**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

<u>Korrelasjon 4</u>	
	ASPF 4
Lovbrudd og svikefullhet (kvinner)	Pearson Correla .564**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

<u>Korrelasjon 5</u>	
	ASPF 5
Aggresjon og Impulsivitet (kvinner)	Pearson Correlation .522**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Vedlegg 6

Oversikt over tabeller med signifikansmålinger av varians- og gjennomsnittsskårer for PTSD, alvorlig depressiv episode og sosial fobi hos pasienter med og uten antisosial personlighetsforstyrrelse.

Group Statistics					
	Aspf	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PTSD	0	2234	.0936	.29127	.00616
	1	38	.2105	.41315	.06702

Independent Samples Test									
PTSD hos de med og uten ASPF	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Equal variances assumed	17.660	.000	-2.435	2270	.015	-.11697	.04804	-.21118	-.02276
Equal variances not assumed			-1.738	37.628	.090	-.11697	.06731	-.25327	.01932

Group Statistics					
	ASPF	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Alvorlig depressiv episode	.00	2234	.5627	.49617	.01050
	1.00	38	.3947	.49536	.08036

Independent Samples Test									
Alvorlig depressiv episode hos de med og uten ASPF	Levene's Test for		t-test for						
	Equality of		Equality of Means						
	Variances								
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Equal variances assumed	1.921	.166	2.069	2270	.039	.16793	.08117	.00876	.32710
Equal variances not assumed			2.072	38.273	.045	.16793	.08104	.00391	.33195

Group Statistics					
	ASPF	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sosial fobi	.00	2234	.3048	.46044	.00974
	1,00	38	.1316	.34257	.05557

Independent Samples Test									
Sosial fobi hos de med og uten ASPF	Levene's Test for		t-test for						
	Equality of		Equality of Means						
	Variances								
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Equal variances assumed	43.428	.000	2.308	2270	.021	.17326	.07505	.02608	.32043
Equal variances not assumed			3.071	39.308	.004	.17326	.05642	.05916	.28735

Vedlegg 7

Korrelasjonstabeller for PTSD, alvorlig depressiv episode, sosial fobi, alkohol-, narkotika- og medikamentmisbruk, og faktorstrukturene til antisosial personlighetsforstyrrelse.

Korrelasjoner					
	Lovbrudd menn	Impulsivitet menn	Aggresjon menn	Lovbrudd kvinner	Agg. / Imp. kvinner
PTSD	.043	.031	.015	.027	.054*
Alvorlig depressiv episode	-.095**	-.107**	-.041	-.097**	-.093**
Sosial fobi	-.041	-.034	-.028	-.025	-.060**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korrelasjoner					
	Lovbrudd menn	Impulsivitet menn	Aggresjon menn	Lovbrudd kvinner	Agg. / Imp. kvinner
Alkohol	.092**	.143**	.215**	.113**	.170**
Narkotika	.247**	.202**	.200**	.252**	.190**
Medikament- misbruk	.211**	.233**	.275**	.232**	.241**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

